

L'ÉTAT DE LA PRATIQUE DE
SAGE-FEMME DANS LE MONDE

2014

**SUR LA VOIE
DE L'UNIVERSALITÉ.
LE DROIT
DE LA FEMME
À LA SANTÉ**



SANTÉ REPRODUCTIVE



GROSSESSE



ACCOUCHEMENT



SOINS POSTNATALS

COLLABORATEURS ET REMERCIEMENTS

COMITÉ DE PILOTAGE

Co-présidentes : Frances Day-Stirk, Laura Laski, Elizabeth Mason.

Membres : Jean Barry, Benedict David, Luc de Bernis, Peter Johnson, Louise Holly, Tina Lavender, Gillian Mann, Betsy McCallon, Anders Molin, Arulkumaran Sabaratnam, Carole Presern, Simon Wright.

GROUPE PRINCIPAL

Coordinateur : Luc de Bernis

Membres : Jim Campbell, Catherine Carr, Sheena Currie, Caroline Homer, Petra ten Hoop-Bender, Peter Johnson, Zoë Matthews, Fran McConville, Nester Moyo, Mwansa Nkowane, Grace Omoni, Francisco Pozo-Martin, CN Puradane, Amani Siyam, Laura Sochas.

ENQUÊTES DANS LES PAYS, ANALYSE DES DONNÉES ET APPUI TECHNIQUE

UNFPA : Luc de Bernis, Susana Edjang.

Secrétariat : *ICS Integrare, University of Southampton, University of Technology Sydney* : Aferdita Bytyqi, Jim Campbell, Vincent Fauveau, Stephanie Fletcher, Maria Guerra-Arias, Caroline Homer, Sofia Lopes, Zoë Matthews, Joanne McManus, Andrea Nove, Francisco Pozo-Martin, Anna Rayne, Hishiv Shah, Laura Sochas, Andrew Tatem, Petra ten Hoop-Bender.

Contributions techniques : Edson Araújo, Deborah Armbruster, Albert Arnó, Patsy Bailey, Jean Ball, David Benton, Ismat Bhuiya, Ties Boerma, Jim Buchan, Amos Channon, Asiful Haidar Chowdhury, Laurence Codjia, Mario Dal Poz, Irene De La Torre, Jemima Dennis-Antwi, Kim Dickson, Gilles Dussault, Tim Evans, Lynn Freedman, Atf Gherissi, Sennen Hounton, Louise Hulton, Rafat Jan, Marge Koblinsky, Teena Kunjumen, Mandy La Fleur, Thierry Lambrechts, Christophe Lemièrre, Jacqueline Mahon, Adriane Martin-Hilber, Laura Matthews, Allisyn Moran, Sarah Neal, Juliette Puret, Kathrin Radke, Charlotte Renard, Jane Sandall, Rachel Sanders, Susheela Singh, Jeff Smith, Ann Starrs, Wim Van Lerberghe, Marie Washbrook.

Contributions des pays : Que soient ici remerciés les chefs des bureaux de pays de l'OMS et de l'UNFPA, leur personnel et les personnes qui ont coordonné, complété et vérifié les réponses à l'enquête sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde, et en particulier les points focaux des pays : Hissani Aboubacar, Kodjovi Edotsè Adjeoda, Anna af Ugglas, Jamil Ahmed, Guy C. Ahialeghbedzi, Arlette Akoueikou, Fernanda Alves, Mary Nana Ama Brantuo, Nazira Artykova, Zulfiya Atadjanova, Amalia Ayala, Farid Babayev, Radouane Belouali, Jeannette Biboussi, Zainab Blell, Malin Bogren, Edith Boni Ouattara, Rayana Bou Haka, François Busogoro, Gillian Butts-Garnett, Felister Bwana, Jean-René Camara, Alicia Carbonell, Jose Manuel Carvalho, Rene Alberto Castro, Ahmed Chahir, Maria José Costa, Thierno Ousmane Coulibaly, Hironidina Cucubica, Evelyne Degraff, Pilar de la Corte Molina, Saliou Dian Diallo, Sadio Diarra, Aicha Djama, Dudu Dlamini, Javier Dominguez, Dat Van Duong, Marie Sheyla Durandisse, Musu Duworko, Henriette Eke Mbula, Hala El Hennawy, Kerstin Erlandsson,

Nicole Eteki, Mahamat Malloom Fatime, Feruza Fazilova, Rustini Floranita, Monica Fong, Daniel Frade, Paul Francis, Suzie Francis, Dina Gbenou, Rodolfo Gomez, Kemal Goshliyev, Raymond Goula, Nada Hamza, Fredrica Hanson, Sharifullah Haqmal, Gilbert Hiawalyer, Grace Hiwa, Bang Thi Hoang, Aboubacar Inoua, Bakary Jargo, Theopista John Kabutteni, Elizabeth Kalunga, Leonard Kamugisha, Selly Kane Wane, Trevor Kanyowa, Bahtyugul Karryeva, Stoelle Patricia Keba, Magdy Khaled, Zareef Khanza, Kyu Kyu Khin, Eunyoung Ko, Ibroh Kouboura Abba Moussa, Alhagie Kolley, Sathanarayana Kundur, Busisiwe Kunene, Mohammed Lardi, Joyce Lavussa, Dorothy Lazaro, Ana Leitão, Amadou Ouattara Liagui, Ornella Lincetto, Elvira Liyanto, Jean-Pierre Lokonga, Fernanda Lopes, Achu Lordfred, Juliana Lunguzi, Primo Madra, Yolande Magonyagi, Agnes Makoni, Sarai Bvulani Malumo, Margaret Mannah-MacCarthy, Lucy Sejo Maribe, Michel Mbemba Moutounou, Pauline McNeil, Yordanos Mehari, Willam Michel, Michaela Michel-Schuld, Happiness Mkhathsha, Kuban Monolbaev, Maria Mugabo, Khin Aye Myint, Azzah Nofly, Daphrose Nyirasafali, Geoffrey Okumu, Mohamed Boubacar Ould Abdel Aziz, Taiwo Oyelade, Haydee Padilla, Anchita Patil, Jiong Peng, Sano Phal, Zulfiya Pirova, Philderald Pratt, Maria Quaresma Dos Anjos, Ginette Josia Rabefitia, Nargis Rakhimova, Thabelo Ramatlapeng, Masy Harisoa Ramlirijaona, Rabiata Sageer, Mahamoud Said, Geneviève Saki-Nekouressi, Elfeky Samar, Aminata Seguetio, Olive Sentumbwe, Alejandro Silva, Nurgul Smankulova, Sokun Sok, Gracia Subiria, Areej Taher, Fatim Tall, Kabo Tautona, Afrah Thabet, Meera Thapa Upadhyay, Luwam Teshome, Augusto Viegas, Chumen Wen, Souleymane Zan, Aoua Zerbo, Assefash Zehaie.

La liste complète des noms de toutes les personnes ayant apporté des contributions au présent rapport est disponible à la page 198.

COMMUNICATIONS ET MÉDIAS : Cole Bingham, Amy Boldosser-Boesch, Julie Cornell, Adam Deixel, Christian Delsol, Etienne Franca, Rachel Haynes, Louise Holly, Ian Hurley, Cathrin Jerie, Omar Kasrawi, Mandy Kibel, Etienne Leue, Ann LoLordo, Joy Marini, Brigid McConville, Patrick McCrummen, Lori Lynn McDougall, Lothar Mikulla, Michelle Park, Sruti Ramadugu, Charlene Reynolds, Alanna Savage, Marta Seoane Aguilo, Ann Starrs, Petra ten Hoop-Bender, Veronic Verlyck, Julia Wiklander.

CONCEPTION, PRÉSENTATION ET IMPRESSION : Prographics, Inc.

TRADUCTIONS : Michel Coclet, Mohammed Khawam

APPUIS FINANCIERS : Bill & Melinda Gates Foundation, Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada, Johnson & Johnson, Maternal and Child Health Integrated Program, Agency for International Development des États-Unis, ministère des Affaires étrangères et européennes (France), Agence norvégienne de développement international, Agence suédoise de coopération internationale au développement, Fonds des Nations Unies pour la population.

Nos remerciements vont également à ICS Integrare et à Prographics, Inc. pour l'appui qu'ils ont apporté à la recherche, à l'élaboration, à la rédaction et à la production du rapport et de tous les matériels connexes.

SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ASC	agent de santé communautaire
CITP	Classification internationale type des professions
CSU	couverture sanitaire universelle
GPS	système de positionnement mondial
ICM	Confédération internationale des sages-femmes
ICN	Conseil international des infirmières
IST	infection sexuellement transmise
OMD	objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PMNCH	Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

RHS	ressources humaines pour la santé
SIG	système d'information géographique
SMN	santé maternelle et du nouveau-né
SONUB	soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SoWMy	État de la pratique de sage-femme dans le monde
SSRMN	santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né
TMM	taux de mortalité maternelle
TMN	taux de mortalité néonatale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population

Avant-propos	ii
---------------------	-----------

Résumé analytique	iii
--------------------------	------------

**CHAPITRE 1
INTRODUCTION** **1**

Au sujet du présent rapport	3
-----------------------------	---

**CHAPITRE 2
ÉTAT ACTUEL DE LA PRATIQUE
DE SAGE-FEMME** **5**

Des progrès patents	5
Disponibilité	12
Accessibilité	16
Acceptabilité	22
Qualité	24
En résumé	31

**CHAPITRE 3
LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME 2030** **33**

Perspectives d'avenir : Horizon 2030	33
Promoteurs de la santé, systèmes de santé et financement de la santé	34
<i>La pratique de sage-femme 2030</i> : Élaboration des politiques et planification	36
Phase de mise en oeuvre	36
Travaux fondés sur les constats de l'enquête	42
<i>La pratique de sage-femme 2030</i> : Incitation à l'action mondiale	45

**CHAPITRE 4
PROFILS DE PAYS** **49**

Comment lire les fiches de pays 2014	50
--------------------------------------	----

Liste des personnes ayant répondu à l'enquête auprès des pays	198
--	------------

Références bibliographiques	201
------------------------------------	------------

Annexes **205**

1 Glossaire	205
2 Méthodologie générale	208
3 Méthodologie de modélisation de la couverture effective des interventions essentielles de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né (SSRMN)	209
4 Estimation des besoins des 46 interventions essentielles chez les femmes et les nouveau-nés	212
5 Règles de décision	216
6 Cartographie de la répartition sous-nationale des populations, des femmes en âge de procréer, des grossesses et des naissances vivantes	217
7 Tâches relevant des responsabilités des personnels compétents dans la pratique de sage-femme selon la Classification internationale type des professions	218

ENCADRÉS

1 Le Bangladesh reconnaît la profession de sage-femme et lance un programme de formation directe de trois ans	7
2 Examen des personnels compétents dans la pratique de sage-femme du point de vue de la couverture effective	10
3 Géographie de la SSRMN : progrès des systèmes de géo-information	17
4 Soins obstétricaux et néonataux d'urgence : de la désignation officielle aux capacités effectives	19
5 Pour atteindre les 40 % les plus pauvres	20
6 Actions des pays : Afghanistan, Sierra Leone, Togo	21
7 Soins respectueux dans les services de maternité	22
8 Accroissement de l'acceptabilité des services par la responsabilisation	25
9 Facteurs promoteurs et changements dans le domaine de la santé	35
10 Pour la protection du public : un paradigme renouvelé	40
11 Impact de l'investissement dans la planification familiale	44
12 Les sages-femmes : « meilleur investissement possible » pour les soins de santé primaires	45

TABLEAUX

1 Actions des pays en réponse aux recommandations du rapport de 2011	6
2 Raisons pour lesquelles les femmes ne demandent pas de soins	23
3 <i>La pratique de sage-femme 2030</i> : réponse aux constats de l'enquête sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde de 2014	42
4 Initiatives mondiales et objectifs dans le domaine de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile	48

FIGURES

1 Principaux indicateurs de la santé maternelle et du nouveau-né et des personnels de santé dans 73 des 75 pays du Compte à rebours	2
2 Grossesses dans 73 pays (1950-2099)	8
3 Nombre de visites nécessaires de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, par région de l'OMS (2012)	8
4 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme : Besoins projetés de travailleurs en équivalents plein temps pour dispenser des services de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né	9
5 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Répartition dans 73 pays et par région de l'OMS	11
6 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Rôles et tâches	12
7 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Comparaison du simple décompte et des équivalents plein temps	13
8 Pourcentages de départs volontaires des effectifs par an et par catégorie	14
9 Perceptions dans les pays enquêtés sur l'attractivité comparative de la carrière de sage-femme (73 pays)	15
10 Salaire mensuel moyen de début par catégories de personnels de santé (en dollars internationaux 2012 [PPA])	15
11 Nombre minimum d'accouchements à réaliser sous supervision clinique	26
12 Règlementation de la profession de sage-femme et licences	28
13 Fonctions et attributions des organismes de réglementation	29
14 Fonctions fondamentales des SONU (niveau de base) : actes autorisés et actes pratiqués par les sages-femmes	29
15 Fonctions des associations professionnelles de sages-femmes	30
16 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme : de la disponibilité à la qualité	32
17 Évolution des besoins de SSRMN de la population de 2012 à 2030 (projections), par région de l'OMS	34
18 Caractéristiques essentielles des soins de premier niveau dispensés par les sages-femmes et des soins de recours	37

Avant-propos



Le monde est parvenu à un tournant dans le domaine de la santé de la femme et de l'enfant. Nous pouvons nous féliciter aujourd'hui du fait que les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile se situent à leur niveau le plus bas de l'histoire. Nous sommes également en passe d'accomplir des progrès plus grands encore grâce à l'initiative *Chaque femme, chaque enfant*, à nos résultats sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et aux débats en cours concernant la définition d'un ensemble d'objectifs de développement durable qui succéderont ceux-ci une fois atteinte la date butoir de 2015.

Le présent rapport relie deux domaines de concentration particuliers qui me tiennent profondément à cœur : la santé des mères et des nouveau-nés en premier lieu et en second lieu les principes et les valeurs fondamentaux du programme de développement de l'après-2015, qui apportent de nouvelles données factuelles aux décideurs.

Les personnels compétents dans la pratique de sage-femme, intervenant au sein d'un système de santé porteur, peuvent aider les femmes et les filles à prévenir les grossesses non planifiées, leur fournir un appui tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement, et sauver la vie de nouveau-nés prématurés.

Avec le leadership et les ressources voulus, le monde pourra prévenir la grande majorité des pertes de vie évitables mais tragiquement communes et rompre le cycle vicieux de paupérisation qui s'enclenche.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 documente la dynamique en marche depuis le premier appel à l'action lancé dans le rapport de 2011. Chaque année, des pays, des associations professionnelles et d'autres partenaires toujours plus nombreux mettent en œuvre des initiatives fondées sur cette réalité prouvée que les sages-femmes peuvent accélérer considérablement les progrès en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né et de couverture sanitaire universelle.

J'appuie sans réserve la vision de *La pratique de sage-femme 2030* décrite dans le présent rapport, vision qui est à la portée de tous les pays, quel que soit leur stade de transition économique et démographique. Sa mise en œuvre aidera les pouvoirs publics à favoriser la réalisation du droit des femmes à la santé, à veiller à ce que les femmes et les nouveau-nés reçoivent les soins dont ils ont besoin, et à contribuer à notre ambition mondiale partagée de mettre fin aux décès évitables de mères et de nouveau-nés.

Je recommande le présent rapport à toutes celles et à tous ceux qui souhaitent se joindre aux Nations Unies et œuvrer à leur côté en vue de la concrétisation de la vision de *La pratique de sage-femme 2030* et de l'amélioration de l'avenir de la santé des femmes et des enfants.

Ban Ki-moon

Secrétaire général des Nations Unies

Résumé analytique

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 : Sur la voie de l'universalité. Le droit des femmes à la santé s'inspire de l'initiative du Secrétaire général des Nations Unies *Chaque femme, chaque enfant* et de son appel à l'action lancé en septembre 2013 invitant les pays à faire tout ce qui est en leur pouvoir pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) d'ici 2015 et à s'attacher à l'élaboration et à l'adoption d'un programme pour l'après-2015 fondé sur le principe de l'universalité.

Le présent rapport a pour principal objectif, ainsi qu'il en a été convenu à Kuala Lumpur en mai 2013 au Deuxième Colloque mondial des sages-femmes, de fournir sur la situation des sages-femmes dans le monde en 2014 des données factuelles qui appuieront un dialogue politique entre les instances gouvernementales et leurs partenaires, permettront d'accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des OMD relatifs à la santé, et mettront en évidence les développements survenus au cours des trois années écoulées depuis la publication du rapport sur *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde* de 2011, les négociations sur le programme de développement de l'après-2015 et les préparatifs y ayant trait.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 se concentre sur 73 des 75 pays à bas revenu et à revenu intermédiaire qui sont inclus dans les rapports du Compte à rebours vers 2015. Plus de 92 % des décès maternels, des décès de nouveau-nés et des mortinaissances surviennent dans ces 73 pays, alors que seulement 42 % des médecins et des sages-femmes et du personnel infirmier du monde sont à la disposition des femmes et des nouveau-nés dans ces mêmes pays.

La pratique de sage-femme, composante clé des soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né (SSRMN) est définie comme suit dans le présent rapport : les services de santé et les personnels de santé nécessaires pour offrir des appuis et des soins aux femmes et aux nouveau-nés, y inclus dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, en particulier durant la grossesse, lors de l'accouchement et durant la période post-natale. Ces soins sont dispensés par des personnels de santé professionnels et auxiliaires de diverses catégories compétents dans la pratique de sage-femme et font l'objet d'une analyse dans les pages qui suivent.

Le rapport sur *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014* a été coordonné par le Fonds des Nations Unies pour la population, la Confédération



internationale des sages-femmes et l'Organisation mondiale de la Santé au nom des représentants gouvernementaux et des parties prenantes de 73 pays et de 30 partenaires au développement mondial.

Des progrès tangibles ont été enregistrés dans de nombreux pays dans l'amélioration de la pratique de sage-femme depuis la parution du rapport de 2011 : 33 des 73 pays (45 %) disent avoir déployé de vigoureux efforts de rétention des personnels qualifiés dans les régions isolées; 20 pays (28 %) ont commencé à accroître le recrutement et le déploiement de sages-femmes; 13 pays (18 %) ont élaboré des plans pour établir des organismes de réglementation; et 14 (20 %) se sont dotés d'un nouveau code de pratique et/ou d'un nouveau cadre réglementaire. Le progrès collectif peut-être le plus impressionnant consiste en l'amélioration des systèmes d'information et de données et de systèmes de responsabilisation dans 52 pays (71 %).

La présentation et l'analyse des données dans le rapport sont structurées selon quatre caractéristiques qui déterminent si un système de santé et ses personnels fournissent une couverture effective, à savoir si les femmes reçoivent les soins qu'elles demandent et dont elles ont besoin en matière de

Il est largement reconnu que les investissements dans des personnels compétents dans la pratique de sage-femme motivés et capables ont un impact considérable sur la santé maternelle et néonatale.
(Jhpiego/Kate Holt)



Tous les pays ne possèdent pas un personnel professionnel se consacrant exclusivement à l'apport d'appuis aux femmes et aux nouveau-nés. (MamaYe Sierra Leone)

SSRMN. Ces quatre caractéristiques sont la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité.

Disponibilité : Le rapport fournit de nouvelles estimations des services essentiels de SSRMN dont ont besoin les femmes et les nouveau-nés. Ce besoin de services, dans chaque pays, peut être converti en besoin de personnels compétents dans la pratique de sage-femme.

Les sages-femmes, lorsqu'elles sont formées et réglementées selon les normes internationales, possèdent les compétences requises pour répondre à 87 % de ce besoin de services. Toutefois, elles ne constituent que 36 % des effectifs possédant des compétences dans la pratique de sage-femme : tous les pays n'ont pas de catégorie professionnelle consacrée spécifiquement à l'appui aux femmes et aux nouveau-nés. Il existe une diversité notable dans la typologie, les rôles et la composition des personnels de santé fournissant des services qui relèvent de la pratique de sage-femme, et beaucoup de ces personnels ne consacrent pas 100 % de leur temps aux services de SSRMN.

Les nouvelles données relatives à la diversité présentées dans *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014* peuvent éclairer la formulation des politiques et la planification. On notera toutefois que la disponibilité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme et leurs rôles ne peuvent pas se déduire des catégories de personnels en poste. Par ailleurs, le nombre de travailleurs exerçant la pratique des soins de sage-femme en équivalents à plein temps s'établit à moins des deux tiers du nombre de travailleurs consacrant seulement une partie de leur temps à la SSRMN. En conséquence, c'est la dotation en personnel exprimée en équivalents plein temps qu'il faut considérer pour comparer ou mettre en corrélation les personnels compétents dans la pratique de sage-femme et les résultats en matière de SSRMN.

Les données factuelles indiquent des possibilités d'aligner les appellations d'emploi, rôles et responsabilités, de renforcer les liens entre la formation et l'emploi, d'améliorer l'efficacité, d'évaluer et de réduire les taux de remplacement du personnel et l'attrition. Des progrès s'imposent en particulier en matière d'identité, de statut et de rémunération des sages-femmes et d'élimination de la discrimination fondée sur le sexe, de même que pour remédier au manque d'attention politique accordée aux questions qui ne touchent que les femmes.

Accessibilité : Bien que la quasi-totalité des 73 pays reconnaissent l'importance de l'accessibilité financière et appliquent une politique offrant au moins certains des éléments essentiels de soins de SSRMN gratuitement au point de prestation, seuls 4 d'entre eux fournissent un « paquet de prestations minimales garanties en matière de SSRMN » de niveau national comprenant toutes les interventions essentielles. Au nombre des manques figurent les interventions essentielles dont on sait qu'elles réduisent la mortalité maternelle due aux quatre causes principales de cette mortalité : hémorragie grave, infections, hypertension artérielle durant la grossesse (pré-éclampsie et éclampsie), et avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

Le manque de données géographiques sur les établissements de santé et les personnels compétents dans la pratique de sage-femme empêche de procéder à des évaluations fiables pour déterminer si toutes les femmes ont accès à un agent de santé lorsqu'elles en ont besoin. Il faut, pour améliorer l'accessibilité des services, rendre toutes les régions urbaines et rurales attractives pour les travailleurs de la santé et faire en sorte que soient éliminés tous les obstacles s'opposant à l'accès aux soins, y inclus le manque de moyens de transport, aux médicaments essentiels et aux personnels de santé.

Acceptabilité : Dans la plupart des pays, des politiques sont en place pour assurer des prestations de soins de SSRMN selon des modalités sensibles aux besoins sociaux et culturels. Toutefois, les données sur la façon dont les femmes perçoivent les services fournis par les sages-femmes sont rares et les pays reconnaissent la nécessité de recherches plus robustes sur ce point. Les contributeurs aux ateliers tenus dans les pays en préparation du rapport ont noté que la question de l'acceptabilité est fortement liée à la discrimination à l'égard des femmes et au statut des femmes en tant qu'utilisatrices aussi bien qu'en tant que personnel de santé.

La **qualité** des soins et la compétence des prestataires peuvent être améliorées au travers d'un effort sur la formation des sages-femmes, la réglementation de la profession et le rôle des associations professionnelles. *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014* indique que bien que le cursus d'étude soit approprié et actualisé dans la plupart des pays, il subsiste des lacunes très fréquentes en matière d'infrastructure, de ressources et de systèmes d'éducation, en particulier pour les programmes d'entrée directe dans la profession de sage-femme.

Les 73 pays disposent, pour leur quasi-totalité, d'une infrastructure réglementaire de la profession de sage-femme comprenant des normes prescrites en matière de formation, y inclus dans le secteur privé. La qualité des soins pourrait encore être améliorée par l'adoption de systèmes de licence/renouvellement de licence qui exigeraient une participation des personnels à un perfectionnement professionnel continu.


L'objectif ultime des associations de professionnels de la santé est de favoriser la formation d'une équipe




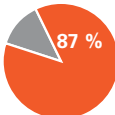
PRINCIPAUX CONSTATS


D'après les informations exposées dans le présent rapport, on peut poser les constats suivants :


- Il survient dans les 73 pays du Compte à rebours inclus dans le rapport plus de **92 % DES DÉCÈS MATERNELS ET NÉONATALS ET DES MORTINAISSANCES DU MONDE** mais ces pays ne possèdent que **42 % DES SAGES-FEMMES, DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES MÉDECINS DU MONDE**. Dans ces pays, les manques de personnels sont souvent particulièrement aigus dans les régions où les taux de mortalité maternelle et néonatale sont les plus élevés.


- SEULS 4 DES 73 PAYS** possèdent des personnels compétents dans la pratique de sage-femme qui sont en mesure de répondre au besoin universel des 46 interventions essentielles de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale.


- Les pays s'efforcent d'étendre les services de sage-femme et de les dispenser équitablement, mais **MANQUENT DE DONNÉES COMPLÈTES DÉSAGRÉGÉES** pour déterminer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme.
- Les sages-femmes qui sont formées et réglementées selon les normes internationales peuvent fournir **87 % DES SOINS ESSENTIELS** dont ont besoin les femmes et les nouveau-nés.


- Pour que les sages-femmes puissent travailler avec efficacité, **LES ÉTABLISSEMENTS DOIVENT ÊTRE ÉQUIPÉS POUR OFFRIR LES SERVICES APPROPRIÉS**, y inclus pour faire face aux urgences (sécurité de l'approvisionnement en sang, césariennes, réanimation des nouveau-nés).
- Des données exactes sur les personnels compétents dans la pratique de sage-femme permettent aux pays de planifier efficacement. Cela exige **UN MINIMUM DE 10 ÉLÉMENTS DE DONNÉES QUE TOUS LES PAYS DEVRAIENT RECUEILLIR** : nombre de membres du personnel, pourcentage de temps consacré à la SSRMN, rôles, structure par âge, âge de la retraite, durée de la formation, inscriptions, abandons et achèvement des études, et départs volontaires.
- Les mesures législatives, la réglementation et les processus d'octroi de licences permettent aux sages-femmes de fournir les soins de qualité conformes à la formation qu'elles ont reçue, ce qui protège la santé des femmes. Les soins de santé de qualité fournis par les sages-femmes sauvent des vies de femmes et de nouveau-nés **et CONTRIBUENT À LA SANTÉ DES FAMILLES ET À LA PRODUCTIVITÉ DES COMMUNAUTÉS**.


- Les investissements dans les sages-femmes sont payants :

 - Les investissements dans la formation des sages-femmes, avec un déploiement dans les services à base communautaire, pourraient **RAPPORTER 16 FOIS LE MONTANT INVESTI** en termes de vies sauvées et de coûts de césariennes évités ; ils constituent **UN « MEILLEUR INVESTISSEMENT » POUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**.
 - Investir dans les sages-femmes libère les médecins, le personnel infirmier et les autres catégories d'agents de santé qui peuvent alors se concentrer sur d'autres besoins de santé; cela favorise la réalisation d'une grande convergence en matière de santé, à réduire les infections et **À METTRE FIN AUX DÉCÈS MATERNELS ET AUX DÉCÈS NÉONATALS ÉVITABLES**.

de professionnels dynamique, collaborative, adaptée à sa finalité et prête à la pratique qui réponde aux besoins de santé des femmes et des enfants. Bien que presque tous les pays possèdent au moins une association professionnelle pour les sages-femmes, les infirmières sages-femmes ou les sages-femmes auxiliaires, le rôle des associations en faveur de l'amélioration de la qualité pourrait être renforcé si elles étaient en mesure de contribuer aux débats de politique et aux principales prises de décision touchant aux services de soins de sage-femme.

Il existe des lacunes notables dans la couverture effective du point de vue de la disponibilité tant que de la qualité. Il faut pour y remédier améliorer le recueil et l'utilisation des données sur les effectifs et faire preuve de leadership pour accorder la priorité aux personnels compétents dans la pratique de sage-femme, à l'affectation de ressources en leur faveur et à la planification des services. Les 10 éléments de données que les pays devraient recueillir au minimum pour la planification des personnels sont les suivants : nombre de membres du personnel, pourcentage de temps consacré à la SSRMN, rôles, structure par âge, âge de la retraite, durée de la formation, inscriptions, abandons et achèvement des études, et départs volontaires.

La pratique de sage-femme 2030 : La qualité de la pratique des soins de sage-femme est indispensable à la réalisation des priorités mondiales et à la réalisation des droits des femmes et des nouveau-nés. L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 a formulé l'initiative dite *La pratique de sage-femme 2030* en tant que véhicule d'élaboration de politiques et de planification. Partant du principe que les femmes enceintes

Les sages-femmes peuvent dispenser des soins de soutien axés sur les femmes, qui ne se limitent pas à l'accouchement. (World Vision/Sopheak Kong)



sont généralement en bonne santé, sauf en cas de complications ou de signes de complications, et que les personnels compétents dans la pratique de sage-femme fournissent un soutien et des soins préventifs ainsi qu'un accès aux soins d'urgence en cas de besoin, cette initiative préconise l'adoption de modèles de soins axés sur les femmes et où les sages-femmes jouent un rôle clé. De tels modèles ont démontré leur avantage qualitatif et leur intérêt économique par rapport aux modèles de soins médicalisés.

La pratique de sage-femme 2030 se concentre sur l'amélioration de la disponibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des services de santé et des prestataires de services pour réaliser les trois composantes de la couverture sanitaire universelle (CSU) : atteindre une plus grande proportion de femmes en âge de procréer (élargissement de la couverture); étendre le paquet de soins fondamentaux et essentiels (accroissement des services); accroître la protection contre les difficultés financières (renforcement de la protection financière). Sont d'une importance primordiale à ces fins la présence d'un environnement politique habilitant favorable à une formation, à une réglementation et à la création d'associations professionnelles de sages-femmes, dans des conditions efficaces, et à la mise en place d'un environnement de pratique habilitant fournissant l'accès à des consultations avec référence au niveau supérieur de services de SSRMN et à un aiguillage vers les services de ce niveau. Les actions dans ce sens doivent reposer sur une gestion efficace des personnels, comportant notamment des possibilités de renforcement professionnel et offrant des options de carrière.

L'application des recommandations de *La pratique de sage-femme 2030* peut s'avérer payante. Une évaluation du coût-efficacité effectuée au Bangladesh concernant la formation et le déploiement de 500 sages-femmes communautaires a mis en évidence des effets positifs sur le plan économique, de l'efficacité et de l'efficacé. Il a été calculé qu'une telle formation aurait un impact comparable à celui de la vaccination des enfants et que le rendement de l'investissement pourrait atteindre 16 fois le montant investi. L'investissement dans les sages-femmes constitue donc un « meilleur investissement possible » dans le domaine des soins de santé primaires.

Les éléments essentiels à la mise en œuvre de la vision de *La pratique de sage-femme 2030* sont la volonté politique, un leadership efficace et des « champions » de la pratique de sage-femme qui promouvoir le programme, avec l'appui de l'élan régional et international actuel en faveur de progrès en matière de SSRMN.

INTRODUCTION



En septembre 2013, le Secrétaire général des Nations Unies a soumis à l'Assemblée générale son rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) [1], intitulé *Une vie de dignité pour tous*. Ce rapport appelle les pays et l'ensemble de la communauté internationale à faire tout ce qui est en leur pouvoir pour réaliser les OMD d'ici la fin 2015 ainsi qu'à œuvrer à l'élaboration et à l'adoption d'un programme pour l'après-2015 qui reposera sur les principes de l'universalité, sans laisser personne en marge du développement. Il expose une vision émergente dans laquelle toutes les femmes et les filles sont assurées d'un accès égal aux services de santé, y inclus de santé sexuelle et reproductive, conformément à leurs droits en la matière. Cette vision s'inscrit dans le cadre d'une dynamique croissante visant à réaliser la couverture universelle et à assurer l'accessibilité et l'abordabilité des soins de santé, comme l'énoncent les résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé [2] et l'Assemblée générale des Nations Unies [3].

Le présent rapport, *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014*, est inspiré par l'appel à l'action du Secrétaire général mentionné ci-dessus de même que par son initiative *Chaque femme, chaque enfant*, lancée en 2010 [4]. Il a pour principal objectif, ainsi qu'il en a été convenu à Kuala Lumpur en mai 2013 au Deuxième Colloque mondial des sages-femmes [5], de fournir sur la situation des sages-femmes dans le monde en 2014 des données factuelles qui :

- Appuieront un dialogue politique entre les instances gouvernementales et leurs partenaires;
- Accéléreront les progrès sur la voie de la réalisation des OMD relatifs à la santé;
- Mettront en évidence les développements survenus au cours des trois années écoulées depuis la publication de *L'État de la pratique de sage-femme 2011* [6];

- Éclaireront les négociations sur le programme de développement de l'après-2015 et les préparatifs y ayant trait.

Les partenaires réunis à l'occasion du Deuxième Colloque mondial des sages-femmes ont réaffirmé que les investissements dans des personnels compétents dans la pratique de sage-femme, efficaces, motivés et appuyés, sont d'une très haute rentabilité, et ils se sont déclarés déterminés à améliorer les services des sages-femmes dans toutes les régions du globe [5]. Ils se sont engagés en particulier « à améliorer le recueil des données et des informations factuelles sur la pratique de sage-femme et à déterminer les mesures à prendre pour lever les obstacles contextuels qui s'opposent aux prestations de services des sages-femmes au sein des pays ». Le présent rapport s'inscrit dans la ligne de cet engagement, en actualisant le rapport de 2011 qui s'est avéré constituer une source précieuse d'informations factuelles et un instrument utile de plaidoyer [7].

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 se concentre sur les 75 pays à bas revenu et à revenu intermédiaire qui sont inclus dans les rapports du *Compte à rebours vers 2015* (ci-après le *Compte à rebours*) [8]. Au total, 73 pays ont convenu de contribuer à la préparation du présent rapport; la Guinée équatoriale et les Philippines n'ont pas été en mesure de ce faire en raison d'urgences et d'engagements antérieurs. *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014* ajoute des informations détaillées sur les personnels compétents dans la pratique de sage-femme et l'environnement habilitant de chaque pays, pour éclairer les efforts nationaux déployés en vue d'assurer une couverture universelle, soutenue et équitable des interventions essentielles [9] dans le domaine de la santé sexuelle, reproductive, maternelle et du

Les partenaires réunis à l'occasion du Deuxième Colloque mondial des sages-femmes ont réaffirmé que les investissements dans des personnels compétents dans la pratique de sage-femme, efficaces, motivés et appuyés, sont d'une très haute rentabilité, et ils se sont déclarés déterminés à améliorer les services des sages-femmes dans toutes les régions du globe.

nouveau-né (SSRMN) [10], dont il est prouvé qu'elles sauvent des vies de femmes et d'enfants.

La préparation du rapport a comporté la compilation de données actualisées sur les personnels compétents de la pratique de sage-femme*, la formation et la réglementation des sages-femmes, les associations professionnelles de sages-femmes, les politiques et cadres de planification, et les progrès enregistrés depuis 2011. Lorsqu'il a été possible, les pays participants ont organisé un atelier de politique pour examiner les obstacles, les difficultés et les solutions concernant la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de sages-femmes, et en particulier des personnels compétents dans la pratique de sage-femme. De ce fait, la préparation du rapport a été dans de nombreux pays une composante importante des efforts nationaux visant à l'accroissement de l'accessibilité des professionnels de la santé pour les femmes et les nouveau-nés. La

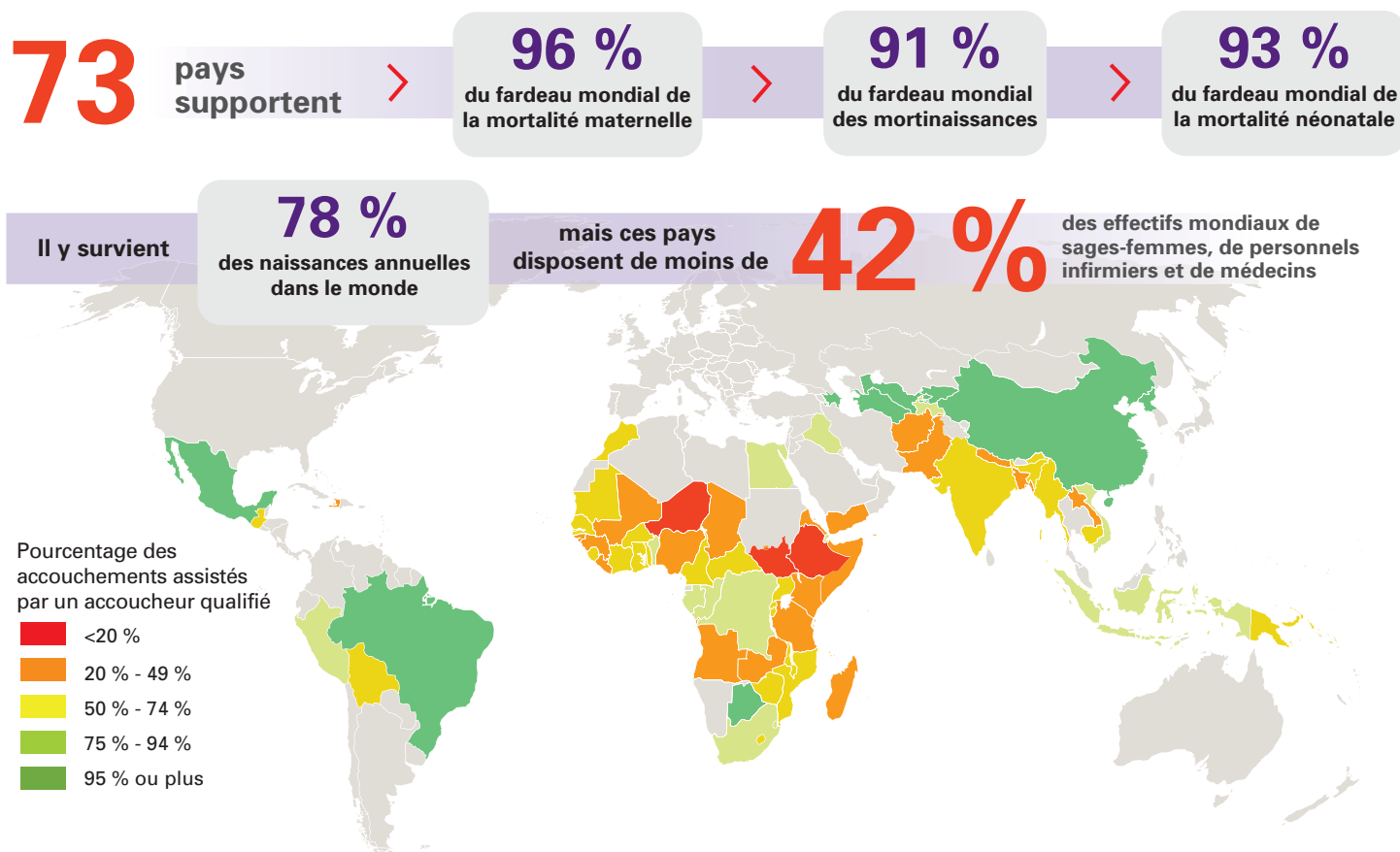
* Dans le questionnaire d'enquête envoyé aux pays, il était demandé à ceux-ci de fournir des données sur tous les personnels professionnels, auxiliaires et autres contribuant aux prestations de soins de santé maternelle et des nouveau-nés, qu'ils soient employés dans le secteur public ou le secteur privé. Toutefois, ces données sont à considérer comme indicatives de la situation dans le seul secteur public.

figure 1 présente certains des indicateurs clés pour les 73 pays inclus dans le rapport.

Comme l'indique la figure 1, plus de 92 % des décès maternels, des décès de nouveau-nés et des mortinaissances [11-13] surviennent dans ces 73 pays. En 2009, les femmes y ont donné naissance à 107 millions d'enfants, soit 78 % du nombre total de naissances dans le monde cette année. Cependant, les décès survenant dans ces pays représentent 96 % de la charge mondiale de mortalité maternelle, 91 % des mortinaissances et 93 % de la mortalité néonatale [11-15]. Par ailleurs, selon les chiffres de l'Observatoire mondial de la Santé, 42 % seulement des médecins et des sages-femmes et du personnel infirmier du monde sont disponibles dans ces 73 pays [16].

Qu'est-ce que la pratique de sage-femme ? Le rapport de cette année examine les inégalités présentes au niveau mondial qu'illustre la figure 1 par le biais de la pratique de sage-femme [17]. La définition de ce terme, tel qu'il est utilisé dans les pages qui suivent est celle-ci : services de santé et personnel de santé nécessaires pour fournir des appuis et des soins aux femmes et aux nouveau-nés aux stades de la

FIGURE 1 Principaux indicateurs de la santé maternelle et du nouveau-né et des personnels de santé dans 73 des 75 pays du *Compte à rebours*



pré-grossesse, de la grossesse, du travail et de l'accouchement et durant la période postnatale. Ceci englobe un ensemble complet de services de santé sexuelle et reproductive comprenant la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmises (y inclus du VIH), la prévention des grossesses, la prise en charge des conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et les services d'avortement médicalisé lorsqu'ils ne sont pas interdits par la loi. Cette définition est plus large que celle, par exemple, proposée en 1966 dans les Medical Subject Headings, qui la réduit à « la pratique de l'aide apportée aux femmes à l'accouchement » [18]. Le présent rapport souligne le fait que la pratique de sage-femme consiste en bien davantage qu'en l'apport de soins à la mère lors de l'accouchement : il préconise l'adoption d'un système de soins axés sur la femme et, plus généralement, sur le bien-être des femmes [19-21] comportant l'application d'un modèle de soins préventifs et de soutien [22, 23]. On notera que les termes « soins axés sur la femme » et « bien-être des femmes » englobent les interventions pratiquées aux moments appropriés en faveur de la mère et de son nouveau-né.

Le terme « sage-femme » est généralement employé dans le rapport pour désigner les professionnels de la santé qui ont suivi une formation leur permettant d'assumer les rôles et les responsabilités des sages-femmes, quel que soit leur parcours éducationnel, soit par entrée directe dans la profession, soit après des études de science infirmière de base. Cette définition s'inscrit dans le droit fil des recommandations et des normes de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) [24-27] et de la prise de position du Conseil international des infirmières (ICN) [28]. Par exemple, dans les *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme*, l'ICM pose les questions « Qu'est-ce qu'une sage-femme est censée savoir ? » et « Que fait une sage-femme ? » et elle reconnaît que les sages-femmes acquièrent leurs connaissances par différentes filières éducatives [26]. Lorsqu'il est utile de différencier aux fins de l'analyse et de l'explication, par exemple au chapitre 2 sur le pourcentage de temps consacré aux services de santé maternelle et du nouveau-né ou entre les filières éducatives, le rapport emploie les titres distincts de sage-femme et d'infirmière sage-femme.

Le vocabulaire de la pratique de sage-femme et son emploi dans diverses régions du globe et dans différentes langues n'est pas exempt de complexités. Par exemple, il n'existe pas de traduction directe du mot sage-femme dans toutes les langues, certaines



employant diverses périphrases descriptives. *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014* ne cherche pas à imposer une définition au lieu d'une autre, ni à prescrire comment les pays, les langues, les associations professionnelles ou d'autres entités définissent les services des sages-femmes ou les personnels compétents dans la pratique de sage-femme ou y font référence. Sa finalité prioritaire est de contribuer à l'établissement d'un corpus de données factuelles, en employant des termes qui autorisent des comparaisons entre les régions et les pays, de manière à éclairer un nouveau dialogue politique et de nouvelles actions en vue d'améliorer la qualité des services de sages-femmes et d'appuyer le droit des femmes et des nouveau-nés à obtenir des soins de santé de qualité.

Au sujet du présent rapport

L'ICM, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont élaboré et lancé conjointement le présent rapport, l'OMS et l'UNFPA assurant la coordination au nom des organismes du groupe H4+ (Banque mondiale, ONU-Femmes, ONUSIDA, OMS, UNFPA et UNICEF). Quatorze partenaires ont été réunis par le biais d'un Comité de pilotage (voir les remerciements). ICS Integrate, un partenaire d'exécution de l'UNFPA, a assuré la gestion du secrétariat du Comité de pilotage et a mené le recueil des données, la recherche, la rédaction et la production du présent rapport avec l'appui de l'University of Southampton (Royaume-Uni), de l'University of Technology de Sydney (Australie) et d'autres parties (voir les remerciements).

Des représentants des pouvoirs publics de chacun des 73 pays ont coopéré avec les bureaux de pays de l'OMS et de l'UNFPA et avec les partenaires au

Chaque femme et chaque fille devraient avoir un accès égal aux services de santé sexuelle et reproductive.
(ICM/Liba Taylor)

développement, pour remplir avec les parties prenantes et des spécialistes nationaux un questionnaire qui était disponible en anglais, français et espagnol. Les données ont été recueillies d'octobre 2013 à février 2014. Sur le groupe de 73 pays, 37 ont convoqué un atelier qui a réuni plus de 500 participants qui ont pris part à un dialogue politique ; figuraient au nombre de ces participants des personnels des ministères de la santé et de l'éducation, des associations professionnelles de la santé, des organismes de réglementation et des écoles de médecine, de sages-femmes et de sciences infirmières (voir la liste des contributeurs à la page 198). Les bureaux de pays de l'OMS et de l'UNFPA ont transmis le questionnaire rempli et les rapports des ateliers au secrétariat par le biais d'une plateforme en ligne.

Le recueil des données et le présent rapport ont été rendus possibles par les contributions de nombreuses personnes et organisations. La volonté de celles-ci d'œuvrer de concert et de collecter, de collationner et d'analyser les données démontre la vigueur de l'engagement mondial en faveur des sages-femmes. Toutefois, le rapport reconnaît les limitations inhérentes des études multipays, l'une d'elles, et non des moindres, étant les lacunes des données de certains pays. Mais l'absence de données pose en soi un constat qui offre aux partenaires nationaux la possibilité d'une action immédiate, comme l'illustrent les exemples de l'Afghanistan, de la Sierra Leone et du Togo, décrits dans l'encadré 6 du chapitre 2. Malgré ses limites, le rapport fournit de nouvelles données et de nouvelles informations pour éclairer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques :

- Le chapitre 2 actualise les données et analyse en détail les efforts déployés pour améliorer la qualité de la pratique de sage-femme dans les 73 pays;
- Le chapitre 3 se penche sur les défis et les opportunités à venir dans le domaine de la pratique de sage-femme et propose une vision axée sur les personnes et concentrée sur les femmes qui est susceptible d'accélérer les progrès en vue de l'instauration de l'accès universel d'ici 2030;
- Le chapitre 4 présente pour chacun des 73 pays des fiches de synthèse de deux pages.

Ces fiches contiennent une combinaison innovante de données de 2012 et de projections fondées sur les besoins à l'horizon 2030. Les projections relatives aux personnels de la santé ont été décrites comme « une nécessité pour la formulation de politiques » [29]. Leur objet dans les fiches, où elles correspondent aux projections antérieures relatives au besoin de personnels nécessaires pour assurer les prestations de services prioritaires [30-33], est d'éclairer le dialogue politique et les décisions prises au niveau des pays sur « les mesures à prendre dans un avenir proche » [29]. Toutes les projections relatives aux besoins sont sensibles à la qualité des données sur lesquelles elles reposent et tout exercice de modélisation mondial connaît des limitations en raison des paramètres standard à base factuelle qui sont utilisés [34]. Les projections reposent en particulier sur l'hypothèse rationnelle que les ressources humaines seront allouées de manière efficiente, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Les fiches d'orientation sont en conséquence à utiliser non pas à de simples fins d'information mais comme des outils pour examiner et améliorer la qualité des données et des options au sein des pays, en vue de procéder à l'identification et à l'analyse supplémentaires de données désagrégées pour affiner les activités de modélisation et d'établissement des coûts fondées sur les besoins.

Le présent rapport (en version PDF, E-pub et Kindle) ainsi que des informations complémentaires sont disponibles en ligne à www.sowmy.org. Parmi les informations complémentaires figurent les instruments de recueil des données et les orientations données aux équipes de pays, les rapports d'atelier, et les documents de travail et de référence. Une trousse d'outils de plaidoyer et de communications expliquant comment utiliser le rapport pour éclairer le dialogue politique au niveau des pays est également disponible en anglais, en français et en espagnol.

Les sages-femmes peuvent dispenser des soins de soutien axés sur les femmes, qui ne se limitent pas à l'accouchement. (UNICEF/Shehzad Noorani)





ÉTAT ACTUEL DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Des progrès patents

Ce chapitre présente une évaluation générale de l'état actuel de la pratique de sage-femme dans le monde et une description des progrès enregistrés depuis la publication du rapport de 2011. Il est fondé principalement sur les réponses données par 73 pays au questionnaire d'enquête sur la pratique de sage-femme ainsi que sur les conclusions des ateliers nationaux. D'après l'analyse de ces éléments, il brosse un tableau détaillé des besoins des femmes et des nouveau-nés de ces 73 pays, des caractéristiques des personnels qui devraient les servir et des services effectivement disponibles pour répondre à ces besoins. On y trouvera également une nouvelle évaluation des manques en matière de couverture des 46 interventions essentielles de la SSRMN recommandées par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant [1] (voir l'annexe 4).

Beaucoup a été fait au cours des trois années écoulées depuis le lancement du rapport sur la pratique de sage-femme de 2011. En dépit du fait que nombre de pays n'atteindront pas l'OMD 5* d'ici 2015 (19 pays y étant toutefois parvenus avant la date butoir), la réduction de la mortalité maternelle est à présent une composante clé du développement. Sur les 73 pays qui ont participé à l'enquête de 2014, 72 ont réalisé des progrès dans ce domaine, le taux annuel de réduction de la mortalité maternelle s'établissant en moyenne à 3 % depuis 1990 [2]. L'une des raisons de ces progrès est l'amélioration de l'accès aux services de sages-femmes dans de nombreux pays à faible revenu [3]. Tout en tenant compte de ces succès, il est largement admis qu'il reste beaucoup à faire pour renforcer la pratique de sage-femme et pour se rapprocher des cibles de la survie maternelle et de l'accès universel aux services de

la santé reproductive (et à terme de les atteindre), non seulement celles de l'OMD 5, mais aussi celles qui pourront être définies à l'avenir (telles, par exemple, que les cibles de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* [4] et/ou de l'instauration de l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en la matière). Il est également admis que la réduction de la mortalité des nouveau-nés est essentielle pour réaliser l'OMD 4** et les 73 pays décrits dans le présent rapport sauf 4 ont réalisé ici aussi des progrès, avec un taux de réduction annuel moyen de la mortalité des moins de 5 ans de 1,9 % depuis 1990 [5]. Le plan d'action intitulé *Chaque nouveau-né : un plan d'action pour mettre fin aux décès évitables*, formulé en 2014 [6], constitue une feuille de route du changement ; il fournit des indications sur les interventions qui auront un impact maximal et qui produiront un triple résultat, à savoir la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité des nouveau-nés et des mortinaissances [7, 8]. Conformément aux principes de la couverture sanitaire universelle (CSU) [9], le plan d'action appelle à l'affectation de professionnels de la santé qualifiés qui fournissent des soins relevant des compétences de sages-femmes. L'apport de soins de qualité dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive aux femmes, aux adolescentes, aux femmes enceintes et à leurs enfants est une composante essentielle de la CSU [10] et exige donc le développement des services de sages-femmes, des effectifs compétents dans la pratique de sage-femme et la mise en place d'un environnement porteur adapté à cette fin.

Des mesures vigoureuses depuis 2011

Des progrès concrets ont été réalisés en matière d'amélioration de la pratique de sage-femme depuis le rapport de 2011, qui présentait un train de mesures vigoureuses à appliquer par les pouvoirs publics, les organismes de réglementation, les écoles de sages-femmes et d'infirmières, les associations professionnelles et les organisations internationales. L'analyse des informations communiquées par les 73 pays couverts dans le présent

* OMD 5 – Cible 5A : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ; cible 5B : rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici 2015.

** OMD 4 – Cible 4A : réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Actions des pays en réponse aux recommandations du rapport de 2011

RECOMMANDATIONS	ACTIONS MISES EN ŒUVRE DEPUIS 2011
<p>Pour les pouvoirs publics, notamment les ministères de la santé et des finances, et les autres services et dirigeants gouvernementaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la pratique de sage-femme en tant que carrière assortie de conditions de service appropriées. • Inclure la pratique de sage-femme et les sages-femmes dans les plans chiffrés de SMN et aligner les ressources humaines sur les plans de santé. • Mettre en place des compétences, des outils et des procédures en vue d'une bonne gestion des ressources humaines. • Investir dans un recueil actif de données et dans le suivi des personnels compétents dans la pratique de sage-femme/effectifs de SMN.
<p>Pour les organismes de réglementation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 51 pays (70 %) indiquent que les organismes de réglementation sont chargés d'établir des normes en matière d'enseignement et 39 pays (53 %) signalent que ces organismes accréditent les établissements d'enseignement. • 14 pays (19 %) indiquent qu'ils procèdent à une révision du code de déontologie, mettent en place une nouvelle législation et/ou établissent des mécanismes de renouvellement des autorisations d'exercer.
<p>Pour les établissements d'enseignement et de formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 19 pays (26 %) signalent que des outils et des directives sont en cours d'élaboration, la majorité ayant trait aux compétences, à la formulation ou à l'actualisation de programmes d'enseignement et à la révision des codes de déontologie. • 8 pays (11 %) se sont efforcés d'aligner les normes en matière d'enseignement sur les normes mondiales de l'ICM.
<p>Pour les associations professionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les pays enquêtés signalent que 92 % des associations dispensent une formation professionnelle continue. • Dans les pays enquêtés, 88 % des associations donnent à leurs membres des conseils sur les normes de qualité des soins de SSRMN. • Les pays enquêtés indiquent que 77 % des associations professionnelles ont conseillé les pouvoirs publics sur le document national le plus récent de politique de SSRMN ou de santé, et que 53 % ont mené des négociations sur les questions de travail ou de salaire avec les autorités.
<p>Pour les organisations internationales, les partenariats mondiaux, les organismes donateurs et/ou la société civile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Second Symposium mondial sur la pratique de sage-femme (mai 2013) a réuni des sages-femmes, des décisionnaires et des représentants d'organisations non gouvernementales, de partenaires donateurs et de la société civile qui ont débattu de diverses questions en rapport avec le renforcement de la pratique, présenté des cas de succès et des innovations et examiné les défis à relever. • Un numéro spécial de <i>The Lancet</i> sur la pratique de sage-femme (juin 2014) vise à consolider et à améliorer les connaissances disponibles sur la pratique de sage-femme pour faciliter au niveau des pays des processus décisionnels fondés sur les faits en faveur de services efficaces de SRMNI. • Le groupe H4+, dont sont membres l'OMS et l'UNFPA, apporte un appui technique aux régions et aux pays pour l'évaluation des personnels compétents dans la pratique de sage-femme, de la qualité des soins et des politiques nationales. • Les organisations de la société civile participent activement aux forums mondiaux, régionaux et nationaux.

rapport indique qu'un grand nombre des mesures préconisées ont été appliquées et continuent de l'être (voir le tableau 1).

Par exemple, 33 des 73 pays (45 %) signalent qu'ils déploient de vigoureux efforts pour améliorer la rétention du personnel dans les régions isolées depuis 2011. Vingt pays (28 %) ont commencé à accroître le recrutement et le déploiement de sages-femmes, 13 (18 %) ont formulé des plans en vue de l'établissement d'organismes de réglementation et 14 (20 %) se sont dotés d'un nouveau code de pratique et/ou d'un nouveau cadre réglementaire. L'avancée collective sans doute la plus impressionnante depuis 2011 est l'amélioration des données et de l'information sur les personnels de santé ainsi que le renforcement de la responsabilisation de ces personnels signalés par 52 pays (71 %). Ceci comprend la mise en place d'entités de coordination

de l'information et de centres d'information, et le recrutement d'informaticiens.

Le tableau 1 vient compléter les informations factuelles apportées par le rapport de 2011 sur l'évolution des perspectives concernant le rôle des sages-femmes [11] et il existe des exemples concrets (voir l'encadré 1) de soutien politique suivi de l'élaboration de politiques et de programmes au niveau national en collaboration avec les entités gouvernementales, les associations professionnelles de la santé, les établissements d'enseignement, les organismes de réglementation et les partenaires au développement.

Un objectif important du présent rapport est d'actualiser les données sur les sages-femmes des 58 pays ayant participé au rapport de 2011, en partie parce que cela contribue à attirer l'attention mondiale sur

ENCADRÉ 1

Le Bangladesh reconnaît la profession de sage-femme et lance un programme de formation directe de trois ans

Le gouvernement du Bangladesh a défrayé la chronique en 2010 lorsque la Première ministre, Mme Sheikh Hasina, a manifesté son attachement politique à la pratique de sage-femme en lançant un programme de formation de 3 000 sages-femmes. C'était là un changement de cap pour le Bangladesh qui, après avoir porté son attention dans les années 1980 sur les accoucheuses traditionnelles, s'était intéressé à une large gamme de professions, à savoir aux visiteuses familiales, aux infirmières sages-femmes et aux médecins. Le Bangladesh est aujourd'hui le premier pays de l'Asie du Sud-Est qui se soit orienté vers un programme d'éducation directe des sages-femmes, ayant reconnu l'importance de la profession pour la réduction de la mortalité maternelle et du nouveau-né.

Bien que le pays soit en passe d'atteindre les OMD 4 et 5, l'enquête démographique et sanitaire de 2011 met en évidence un taux de mortalité maternelle encore élevé, de 194 décès pour 100 000 et un taux de mortalité néonatale de 32 pour 1 000; l'enquête révèle également une proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié qui n'est que de 32 %, ce qui reflète une grave pénurie de sages-femmes qualifiées et une

extrême concentration des médecins dans les régions urbaines. En 2008, la Direction des services infirmiers, organe gouvernemental, et le Conseil des infirmières du Bangladesh ont élaboré conjointement, avec une assistance technique de l'OMS, des « Orientations stratégiques pour accroître la contribution des infirmières sages-femmes à la réalisation des OMD 4 et 6 ». Ce document définit deux parcours de formation possibles :

- i) Le certificat de sage-femme, programme avancé de six mois destiné aux infirmières sages-femmes déjà enregistrées;
- ii) Le diplôme de sage-femme, qui sanctionne le nouveau programme de formation de sage-femme à admission directe de trois ans.

L'OMS a fourni aux pouvoirs publics une assistance technique pour la formulation du programme avancé de six mois ainsi que pour l'élaboration du cursus de trois ans, l'UNFPA apportant de son côté des appuis financiers et une assistance technique supplémentaire. L'OMS et l'UNFPA soutiennent 20 centres dispensant la formation qui mène au certificat de sage-femme, centres rattachés à des instituts d'études infirmières et à des centres d'éducation existants; les 27 ins-

tituts de formation menant au diplôme de sage-femme sont financés par l'État, par l'entremise du Programme de développement des secteurs de la santé, de la population et de la nutrition.

Il reste, certes, d'importants défis à relever. Le pays souffre notamment d'un manque aigu d'enseignants compétents dans le secteur public comme dans le secteur privé. Le processus d'agrément des nouveaux postes de sage-femme du secteur public est en cours, mais ces postes doivent être approuvés pour que les sages-femmes diplômées soient autorisées à exercer. La coordination entre le secteur public et le secteur privé est d'une importance cruciale. Par ailleurs, point important, il faudra adopter un grand nombre d'autres mesures de soutien professionnel, économique et socioculturel pour faire en sorte que ces sages-femmes soient en mesure de dispenser des soins de qualité ainsi qu'elles souhaitent le faire. Mais le Bangladesh offre incontestablement un exemple d'engagement politique en faveur de la pratique de sage-femme, d'action multiorganisations pour appuyer le secteur public, et de recours à l'entreprise publique-privée.

Source : BRAC University, UNFPA et OMS.

l'information et la responsabilisation [12]. Mais le rapport de 2014 et le présent chapitre font davantage qu'effectuer un suivi des progrès. Quinze pays ont été ajoutés au groupe et alignés sur les pays de l'initiative Compte à rebours et, surtout, les données fournies par tous les pays participants sont plus détaillées qu'en 2011, ce qui représente un grand pas en avant dans notre compréhension des personnels compétents dans la pratique de sage-femme, de leurs rôles et de leurs responsabilités dans les prestations de services de SSRMN.

Besoins des femmes et des nouveau-nés

Dans les 73 pays inclus dans le présent rapport, le nombre annuel de grossesses est raisonnablement stable et avoisine 166 millions [13,14]; cette tendance semble devoir se maintenir au cours des décennies à venir (voir la figure 2). Toutefois, les tendances démographiques

présentent des différences frappantes d'une région du monde à l'autre. Depuis 1990, le nombre annuel de grossesses a augmenté de 50 % dans l'ensemble des pays africains, d'où la nécessité dans ces pays d'une augmentation considérable du nombre des personnels compétents dans la pratique de sage-femme pour maintenir, sans plus, les niveaux actuels de couverture de la population. Pour accroître la couverture des services et accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité, il faudra d'une part que l'apport de personnel augmente encore plus rapidement et d'autre part que l'on repense l'éventail des compétences et les gains d'efficacité. En revanche, on assiste dans les pays asiatiques à des réductions du nombre annuel de grossesses ; ceci devrait permettre à ces pays de définir les moyens les plus efficaces de remédier aux inégalités de la couverture sanitaire et de l'état de santé entre les divers groupes de population, d'optimiser l'éventail de compétences de leurs personnels de sages-femmes et de développer les services axés sur les femmes.

FIGURE 2 **Grossesses dans 73 pays (1950-2099)**

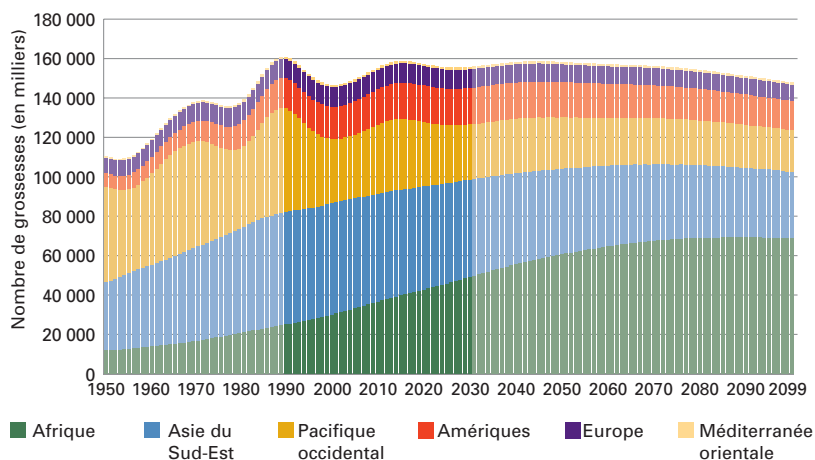
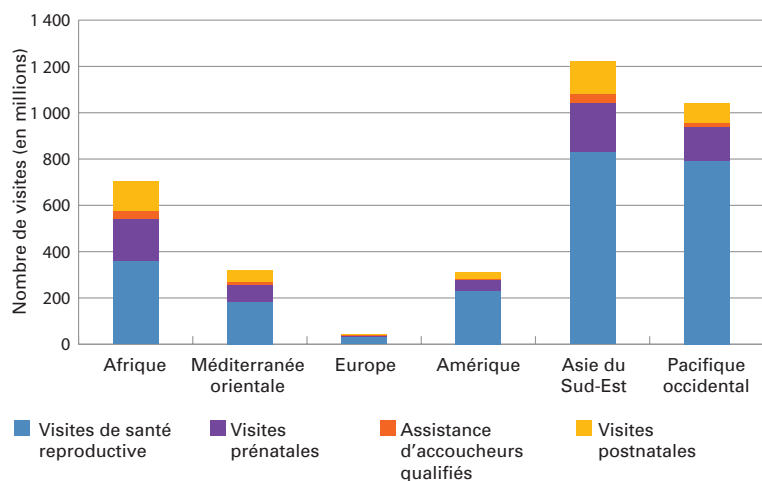


FIGURE 3 **Nombre de visites nécessaires de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, par région de l'OMS (2012)**



Les projections et les estimations concernant la localisation des grossesses permettent de déterminer avec plus de précision les soins de SSRMN dont ont besoin les femmes, les adolescentes et les nouveau-nés, lesquels soins doivent par ailleurs être adaptés au contexte démographique et épidémiologique. C'est ainsi, par exemple, que l'impact du VIH/sida et des infections sexuellement transmises exige des conseils, des tests et des traitements supplémentaires, ce qui a des répercussions sur le nombre de prestataires de même que sur l'éventail des compétences. La figure 3 indique les besoins estimatifs des femmes et des nouveau-nés en services relevant de la pratique de sage-femme, compte tenu de la couverture recommandée [1] pour la planification familiale, les soins prénatals (au moins 4 visites), les accouchements assistés et les soins postnatals (au moins 4 visites) dans les 73 pays.

À partir du nombre de visites, on estime le besoin total du paquet des 46 interventions essentielles de SSRMN, que l'on multiplie par le temps nécessaire pour ces interventions, selon les estimations de One Health [15] et d'experts. On traduit ainsi le besoin d'interventions en besoin de personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Les femmes et les nouveau-nés ont besoin d'une médiane de 19,3 agents de santé compétents pour fournir les services de SSRMN pour 10 000 femmes en âge de procréer. Les sages-femmes, lorsqu'elles sont formées et réglementées selon les normes internationales telles que celles de l'ICM et de l'OMS [16-20], possèdent les compétences requises pour répondre à 87 % des besoins estimatifs dans les 73 pays.

Il existe une diversité notable entre les pays et les régions concernant l'ampleur et la répartition des besoins selon les femmes en âge de procréer ou selon les grossesses, en raison des différences des profils épidémiologiques et démographiques. La diversité inter-régionale est illustrée à la figure 4 pour a) les services de santé sexuelle et reproductive et b) les services de santé maternelle et du nouveau-né.

L'objectif de l'accès universel

L'accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive et les réductions de la mortalité maternelle et du nouveau-né figurent parmi les cibles des OMD. Le présent rapport examine dans quelle mesure les personnels des pays compétents dans la pratique de sage-femme ont la capacité de contribuer à l'accès universel aux 46 interventions essentielles de SSRMN, selon le concept de la couverture effective (voir l'encadré 2). La couverture effective se définit comme la proportion de la population qui a besoin d'une intervention, la reçoit et en bénéficie [21, 22]. Elle peut se mesurer d'après la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé et du personnel prestataire de ces services. Ces quatre caractéristiques sont prises en considération dans le présent chapitre pour déterminer l'état de préparation des personnels compétents dans la pratique de sage-femme au regard de l'accès universel.

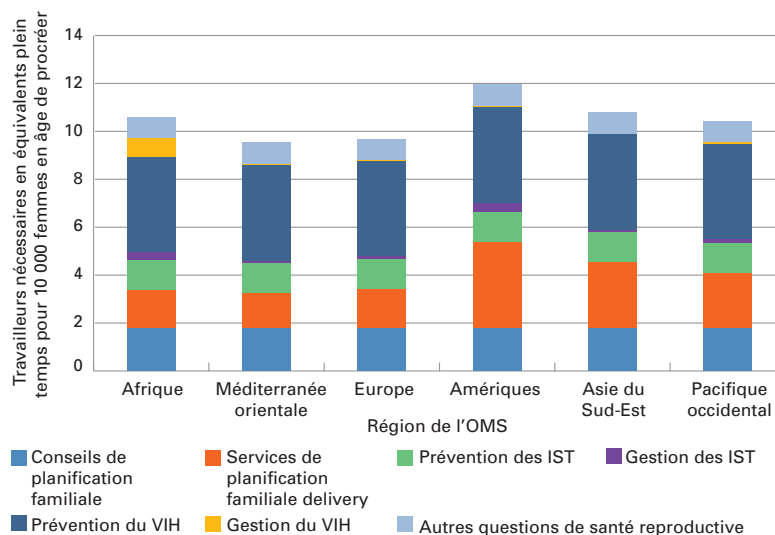
Qui sont les personnels compétents dans la pratique de sage-femme ?

Les pays participants ont fourni des informations très détaillées sur les agents de santé constituant les personnels compétents dans la pratique de sage-femme; ils ont communiqué notamment de nouvelles données sur l'appellation des catégories de personnel, le pourcentage de temps de travail disponible [33] consacré aux services de SSRMN, les rôles et responsabilités officiels et la longueur des programmes de formation. Il apparaît des données communiquées qu'il existe d'amples variations d'un pays à l'autre entre des catégories de personnel portant des noms semblables, de sorte qu'une approche simple telle que la classification des accoucheurs/accoucheuses qualifié(e)s selon le nom donné à leur profession risque de ne pas être très utile.

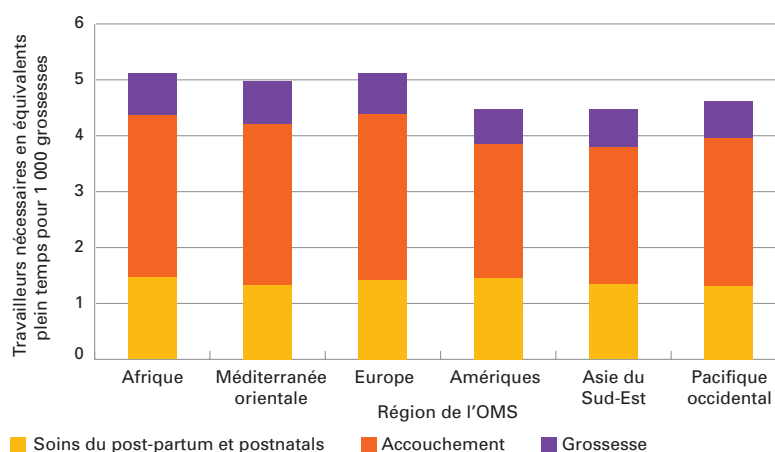
Les 381 classes de personnels indiquées par les pays ont été regroupées en huit grandes catégories : sages-femmes, infirmières sages-femmes, sages-femmes auxiliaires, infirmières auxiliaires, cliniciens associés, médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens. Ces catégories ont été définies exclusivement en se servant du nom employé par le pays et ne constituent pas

FIGURE 4 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme : Besoins projetés de travailleurs en équivalents plein temps pour dispenser des services de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né

Santé sexuelle et reproductive



Santé maternelle et du nouveau-né



un commentaire sur la reconnaissance et les rôles de la profession ni sur le cursus d'enseignement. Le reste du présent chapitre concentre son analyse sur les huit grandes catégories de personnels.

Les pays ont également fourni des données sur les classes de personnels non spécialisés : 47 pays (64 %) ont signalé la disponibilité d'agents de santé communautaires (ASC) et 20 pays (27 %) celles d'accoucheuses traditionnelles. Le rôle des ASC dans l'apport de prestations essentielles de SSRMN au niveau communautaire, en particulier dans les domaines de la santé sexuelle, de la planification familiale et des soins postnatals, améliore la couverture, on le sait, et constitue une option viable dans le cadre d'un réseau intégré de prestations de services de santé [34].

Dans 58 pays (79 %) des sages-femmes supervisent le travail des ASC et des accoucheuses traditionnelles dans le domaine de la SSRMN, ce qui indique la présence de liens entre les établissements de santé et les communautés, d'où des occasions de promouvoir le continuum de soins et d'accroître la demande et l'utilisation de services. Toutefois, le manque de

données, allié aux incohérences de la typologie et aux différences de la durée de formation, des rôles et du temps de travail disponible consacré aux services de SSRMN, limite les possibilités d'analyse comparative des pays dans le cadre du présent rapport. Une telle analyse serait néanmoins une addition utile aux recherches futures sur les politiques et les systèmes de santé.

ENCADRÉ 2

Examen des personnels compétents dans la pratique de sage-femme du point de vue de la couverture effective

Le concept de couverture effective a été formulé par l'OMS dans les années 1970 aux fins de l'examen des prestations des services de santé. En 1978, T. Tanahashi a publié un cadre conceptuel dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* [23], qui rendait compte de la logique simple selon laquelle la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et l'efficacité du contact entre le prestataire de soins et l'utilisateur, à savoir la qualité, sont des facteurs qui jouent pour apporter à la population des services de santé répondant à leurs besoins. Tanahashi considère que cette même logique simple peut être appliquée pour analyser la couverture effective de tous les services de santé, ou de services particuliers et de composantes des prestations de services, tels que les services de SSRMN et les personnels compétents dans la pratique de sage-femme, par exemple.

L'Observation générale n° 14 [24] sur le droit à la santé, publiée en 2000, porte

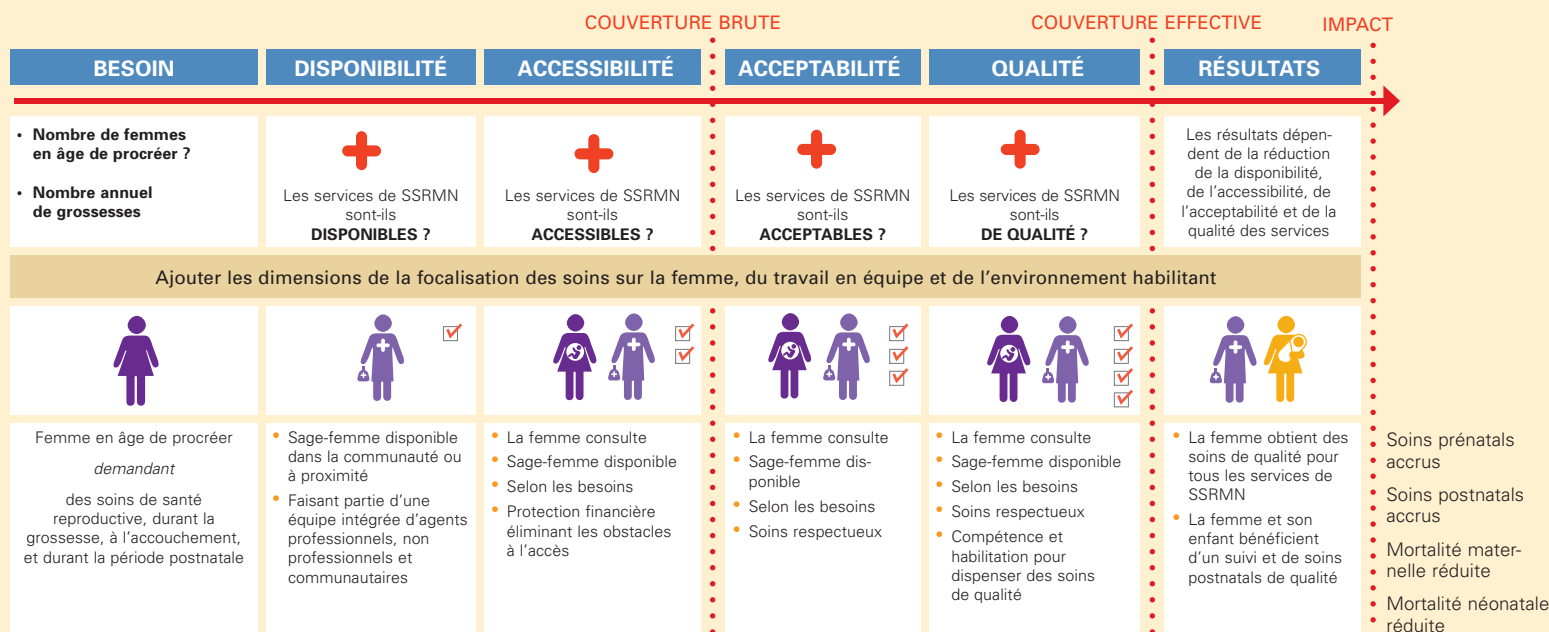
comme l'article de Tanahashi sur les caractéristiques de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité, la qualité constituant une quatrième caractéristique. À son paragraphe 12, l'observation, après avoir noté que « le droit à la santé sous toutes ses formes et à tous les niveaux suppose l'existence des éléments interdépendants et essentiels suivants, dont la mise en œuvre précise dépend des conditions existant dans chacun des États parties », décrit chacune des quatre caractéristiques et les obligations qui incombent à tous les États. Ces caractéristiques sont d'une utilité immédiate pour examiner la couverture effective ainsi que pour renforcer la réalisation du droit à la santé.

L'emploi du cadre de Tanahashi pour analyser les ressources humaines de la santé, et la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des travailleurs de la santé qui se situent au cœur même des prestations

de services, donne de nouveaux aperçus en matière de politique dans les pays [25–28]. Des aperçus intéressants se dégagent également de l'analyse des services de SSRMN [22,29,30] et des personnels compétents dans la pratique de sage-femme [31]. On dispose ainsi de nouvelles possibilités d'examiner les obstacles, les défis et les opportunités présents au niveau de l'apport d'une couverture effective, qui viennent compléter les options de mesure de la qualité dans des domaines similaires des soins de santé.

La figure ci-dessous illustre la nécessité de se concentrer sur la mesure de l'obtention des services de santé par rapport aux besoins des femmes et sur le rôle que jouent en la matière la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme. C'est cette logique qui sous-tend les analyses des chapitres 2 et 3.

Application de la couverture effective aux services de SRMN et aux personnels compétents dans la pratique de sage-femme



Source : Adapté d'après Campbell et al, 2013[20] et Colston, 2011 [17]

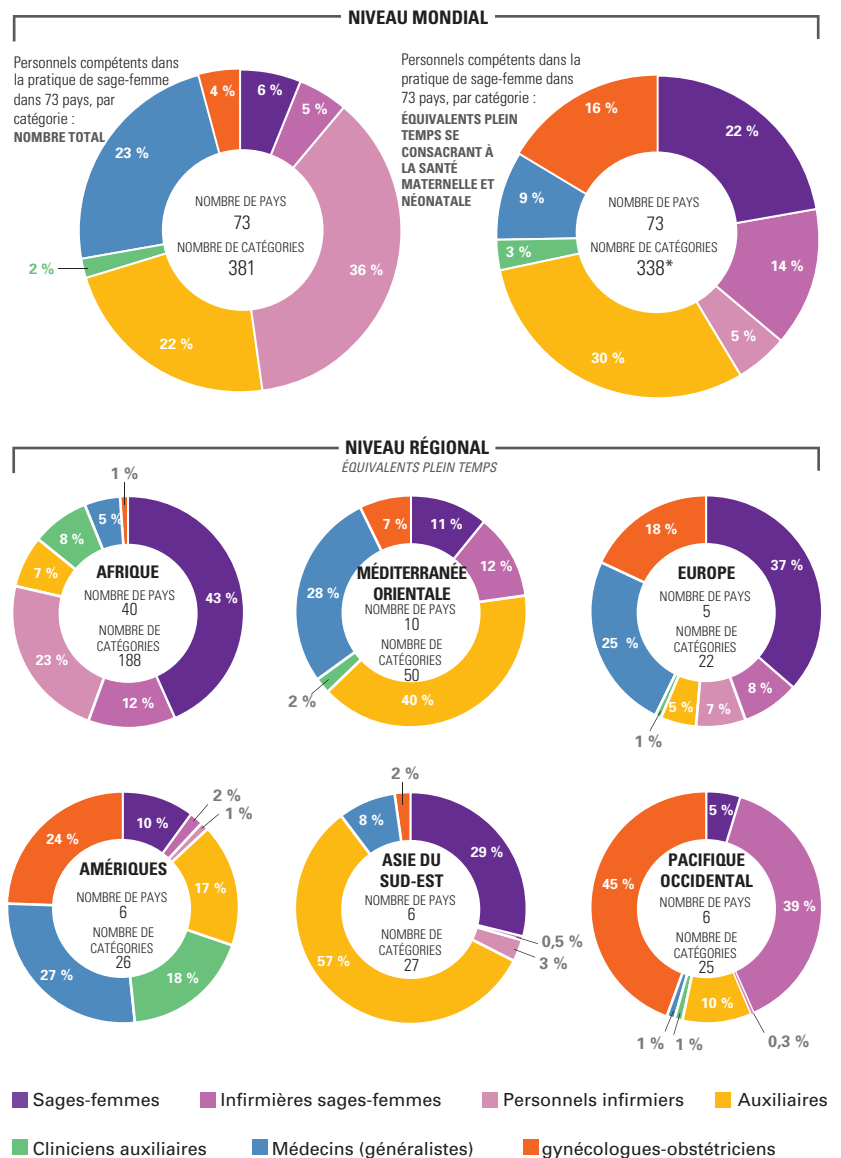
La figure 5 illustre la répartition des personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans les 73 pays et dans chaque région de l'OMS, par catégorie de personnel de santé (personnel communautaire exclu). Elle souligne l'importance primordiale de la prise en considération du pourcentage de temps consacré à la SSRMN lorsque l'on détermine lesquelles de ces catégories de personnel fournissent des services de sages-femmes. Les médecins généralistes et les infirmiers/infirmières généralistes comptent pour une grande part dans ces effectifs en tant que personnes physiques mais pour une part bien moindre en équivalents plein temps.

La figure 5 illustre également les différences considérables de composition des personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans les diverses régions de l'OMS, encore qu'il faille noter le petit nombre de pays de certains groupements régionaux ainsi que l'influence de la Chine dans la région du Pacifique occidental et de l'Inde en Asie du Sud-Est. Les sages-femmes semblent être plus nombreuses, par exemple, dans la région Afrique, la région Europe et la région Asie du Sud-Est.

Il existe une remarquable diversité entre les classes de personnels des pays et au sein des grandes catégories de personnels, notamment pour le pourcentage de temps consacré à la composante SMN des services de SSRMN, aux rôles et responsabilités et à la durée de la formation. La plupart des effectifs des pays appartenant aux catégories des sages-femmes, infirmières sages-femmes, auxiliaires et gynécologues-obstétriciens consacrent 100 % de leur temps à la SMN. Toutefois, il n'y a pas de pays où tous les personnels allouent 100 % de leur temps à la SMN, même chez les spécialistes. Pour les généralistes membres des personnels compétents dans la pratique de sage-femme, les variations sont de grande ampleur : les personnels infirmiers et les médecins généralistes consacrent de 5 à 100 % de leur temps à la SMN, les personnels infirmiers en moyenne 50 % et les médecins généralistes en moyenne 39 %. Ceci tient à la vaste gamme de responsabilités qui sont les leurs, notamment en matière de prévention, de gestion et de traitement des affections et des maladies.

Autre point où apparaissent des variations : la mesure dans laquelle les personnels des pays sont chargés de tâches relevant de la pratique de sage-femme. L'analyse des tâches illustrée à la figure 6 a été effectuée conformément aux directives de l'Organisation internationale du Travail (OIT) telle qu'elles figurent dans la Classification internationale type des professions (CITP) [35] (voir l'annexe 5) pour les tâches attribuées aux sages-femmes professionnelles. Elle révèle que le

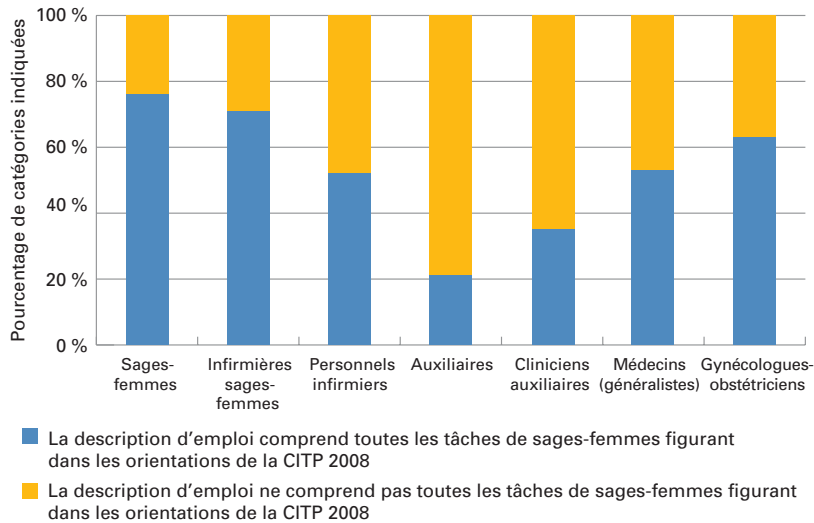
FIGURE 5 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Répartition dans 73 pays et par région de l'OMS



* Les chiffres des équivalents plein temps ne comprennent pas les 11 % des personnels des pays pour lesquels le temps consacré à la SMN n'a pas été indiqué.

libellé de la classe professionnelle n'est pas toujours un bon indicateur des rôles et des responsabilités attribués aux différents effectifs dans chaque pays. Bien que l'on puisse distinguer certains schémas, les sages-femmes et les infirmières sages-femmes fournissant plus souvent que les auxiliaires toute la gamme des prestations de la pratique de sage-femme, il y a aussi de nombreuses exceptions. Ceci amène à s'interroger sur la CITP, employée aux fins des comparaisons internationales, et à se demander si elle ne repose pas plus souvent sur les titres donnés par les pays et sur les cursus de formation que sur les rôles, responsabilités et tâches officielles attribués dans un pays donné.

FIGURE 6 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Rôles et tâches



La diversité se manifeste également dans les grandes catégories professionnelles quant à la durée de la formation et aux filières de formation. Les personnels des pays appartenant à la catégorie des sages-femmes, et pour lesquels la durée totale de la formation clinique a été précisée dans les rapports des pays, ont suivi des programmes de 1 à 5 ans, et au moins la moitié d'entre eux de 3 ans ou plus. Les infirmières sages-femmes ont fait de 2 à 6 ans d'études, et au moins la moitié d'entre elles 4 ans ou plus. Pour les personnels n'ayant suivi que des cours au-delà des cours de science infirmière ou du premier cycle d'études supérieures, la durée des études de sage-femme va de 1 à 2 ans, et au moins la moitié de ces personnels a fait 18 mois d'études ou plus, alors que la durée de la formation des infirmières sages-femmes va de 1 à 3 ans, étant de 2 ans ou plus pour au moins la moitié d'entre elles.

La durée de la formation est pertinente du point de vue des dispositions internationales relatives aux normes d'éducation des sages-femmes et des infirmières sages-femmes, étant liée à la qualité et à la profondeur de l'enseignement dispensé aux apprenantes; toutefois, les données confirment l'existence de variations notables dans les appellations des professions dans les pays et de divergences par rapport aux normes mondiales relatives au parcours de formation des sages-femmes [16] et à la réglementation [18], d'où des différences entre les personnes autorisées à porter le titre de « sage-femme ».

Disponibilité

La première composante de la couverture effective, la disponibilité, est applicable à la fois aux services des sages-femmes et aux personnels compétents dans la pratique de sage-femme (voir le glossaire à l'annexe 1).

La disponibilité dépend tout d'abord du nombre total de travailleurs constituant les personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Selon les chiffres communiqués par les pays, 7 377 083 travailleurs consacrent une partie de leur temps de travail à la SSRMN. On ne saurait toutefois se contenter d'établir une simple corrélation entre le nombre des personnels appartenant aux classes concernées et les résultats obtenus en matière de santé (nombre de sages-femmes, de personnels infirmiers et de médecins par rapport au nombre de mortalités, ou de décès maternels ou de nouveau-nés, ou de femmes et d'adolescentes ayant un besoin non satisfait de planification familiale). La figure 7 indique la différence entre le simple décompte des personnels compétents dans la pratique de sage-femme et la disponibilité en équivalents plein temps. Pour les pays pour lesquels l'information était disponible, le nombre de

PRINCIPAUX CONSTATS

Preuves des progrès

- ▶ Depuis la parution du rapport de 2011, les pays et les partenaires ont commencé à prendre des mesures vigoureuses pour améliorer la pratique de sage-femme.
- ▶ Les projections concernant les changements du nombre annuel de grossesses fournissent de nouvelles indications concernant la composition, l'éventail des capacités, le déploiement et l'efficacité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans toutes les régions.
- ▶ Les besoins des 46 interventions de SSRMN pour les femmes sont quantifiables : en 2012, ils étaient estimés à 3,8 milliards de visites de planification familiale et de soins prénatals et postnatals et à 107 millions d'accouchements.
- ▶ Les sages-femmes, lorsqu'elles sont formées et réglementées conformément aux normes internationales, possèdent les compétences requises pour répondre à 83 % des besoins estimés dans les 73 pays.
- ▶ Les besoins de soins de santé sexuelle et reproductive des femmes exigent aussi d'étroites relations avec les prestataires de services établis dans les communautés et l'exercice d'une supervision de soutien par les sages-femmes et les autres professionnels de la santé.
- ▶ Les pays devraient tenir compte de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme pour la fourniture de services de SSRMN de qualité.
- ▶ Il existe une diversité remarquable dans la typologie des équipes de santé contribuant aux prestations de services de SSRMN, avec notamment des différences considérables entre l'emploi fait par les pays des noms de profession et les normes internationales relatives aux rôles, à la formation et à la réglementation. En conséquence, les noms de profession donnés par les pays ne constituent pas une base solide de comparaison des personnels compétents entre les pays et sur le plan mondial.

travailleurs en équivalents plein temps s'établit à moins des deux tiers de ceux qui consacrent une part de leur temps à la SSRMN.

Ce niveau de disponibilité est-il suffisant ? Si l'objectif est d'assurer l'accès universel aux services de sages-femmes, on ne peut répondre à cette question que par rapport au besoin de ces services dans chacun des pays. Comme il a été noté ci-dessus, la diversité des besoins, résultant de la multiplicité des facteurs démographiques et économiques, ne permet pas d'établir des points de repère mondiaux qui définiraient un nombre minimum de travailleurs de la santé pour 1 000 habitants, en particulier lorsqu'on sait qu'un tel minimum est souvent interprété comme une cible. La planification des personnels par rapport aux besoins doit tenir compte du contexte du pays. Il a été procédé à une analyse axée sur les besoins de la disponibilité actuelle et future des personnels compétents dans la pratique de sage-femme pour chaque pays, dont les résultats figurent dans les fiches de pays au chapitre 4. La fiabilité de cette approche repose sur 10 données que tous les pays devraient recueillir : nombre de membres du personnel, pourcentage de temps consacré à la SSRMN, rôles, structure par âge, âge de la retraite, durée de la formation, inscriptions, abandons et achèvement des études, et départs volontaires [36].

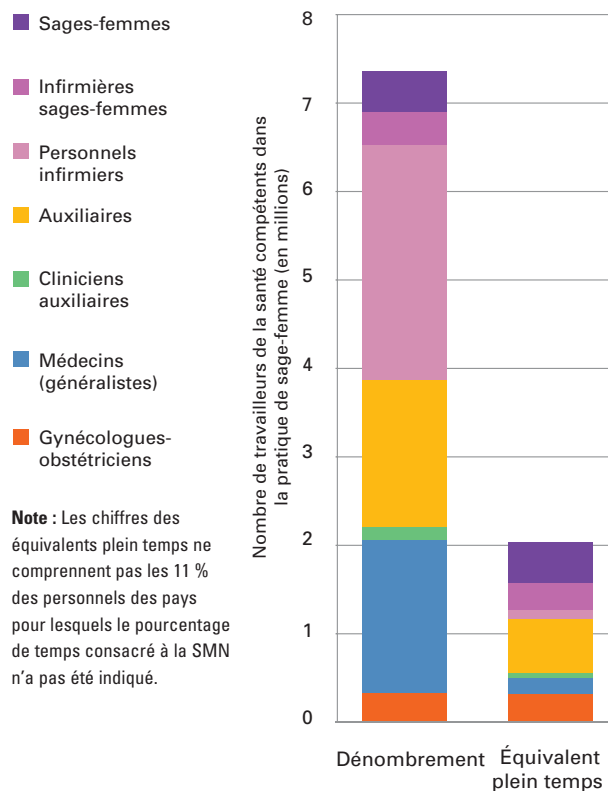
Il faut, pour accroître la disponibilité, mieux appréhender et mieux gérer les entrées dans les effectifs et les départs des effectifs. L'amélioration de la gestion des entrées dans les effectifs implique nécessairement une amélioration de la gestion de la formation des sages-femmes, facteur déterminant de la disponibilité future. Les données d'inscription, d'achèvement et d'abandon des études dans les divers pays font souvent défaut ou présentent des incohérences, ce qui indique une absence de coordination entre la gestion des ressources humaines de santé (RHS) et la planification de la formation. Il s'agit de gérer activement la filière éducative des sages-femmes, c'est-à-dire de s'assurer qu'il existe des établissements de formation en nombre suffisant, dans le secteur public comme dans le secteur privé, et que la qualité de l'enseignement est, elle aussi, suffisante pour répondre aux besoins futurs, compte tenu du recrutement des apprenantes et des abandons d'études.

La gestion de l'éducation en médecine et en pratique de sage-femme consiste également à veiller à ce que l'enseignement secondaire produise un nombre suffisant de diplômés possédant des connaissances générales (notions élémentaires de lecture, écriture et

calcul) et en sciences de niveau suffisant pour s'inscrire dans les programmes de formation de sages-femmes ou aux autres professions médicales. Ceci a été perçu comme une difficulté dans 78 % des programmes de formation de sages-femmes (49 programmes sur 63). Les diplômées de l'enseignement secondaire doivent ensuite être motivées et encouragées à s'inscrire dans des programmes de formation de sages-femmes. Neuf pays africains sur 21 ayant tenu un atelier de politique ont signalé un manque d'information sur la carrière de sage-femme, ou des préjugés notables, ce qui indique la nécessité d'actions de plaidoyer et de diffusion d'information. Une fois inscrites, les apprenantes ont besoin d'appuis pratiques, socioculturels et souvent financiers pour rester dans le programme. Les rapports d'ateliers suggèrent que l'amélioration de la qualité de l'enseignement et la mise en place d'environnements favorables, par exemple d'appuis financiers et de sensibilité aux sexes, feraient beaucoup pour réduire les abandons d'études.

Il faut également mieux gérer la transition de la formation à l'emploi. La production de travailleurs de la santé qui ne trouvent pas de débouchés, ou qui n'en trouvent

FIGURE 7 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Comparaison du simple décompte et des équivalents plein temps



qu'après une longue attente, constitue une utilisation peu efficace des ressources. Les données recueillies aux fins du présent rapport indiquent que dans plus de la moitié des pays, certains diplômés mettent plus d'un an à se faire embaucher (à l'exception des gynécologues-obstétriciens) et que leurs compétences cliniques risquent alors de s'être détériorées par manque de pratique. Les rapports issus des ateliers proposent diverses solutions au problème : recrutement avant la fin des études, décentralisation de l'embauche pour la confier à des autorités sous-nationales, meilleur financement et meilleure application des politiques de recrutement.

La gestion des départs des personnels exige que l'on connaisse mieux les chiffres annuels (voir la figure 8). Dans plus de la moitié des cas, il n'y avait pas de données sur les départs volontaires, ce qui présente des difficultés notables pour déterminer la disponibilité des effectifs. Dans de nombreux autres cas, les départs volontaires étaient vraisemblablement sous-déclarés [37]. Les solutions examinées lors des ateliers portaient principalement sur le relèvement des salaires et l'accroissement des incitatifs, le renforcement de la gestion et de la supervision, et l'amélioration des parcours de carrière, notamment par des formations supplémentaires.

La structure par âge influe aussi considérablement sur les sorties. Bien que le vieillissement des effectifs soit une caractéristique commune chez les gynécologues-obstétriciens, d'autres catégories de personnel, tels que les sages-femmes au Ghana et les aides de santé en Guinée, connaissent le même problème, ce qui donnera lieu au cours de la décennie à venir à de fortes pertes dues aux départs à la retraite. Il est regrettable que les

données sur cette question ne soient pas disponibles pour 56 % des catégories de personnel ayant fait l'objet de rapports des pays.

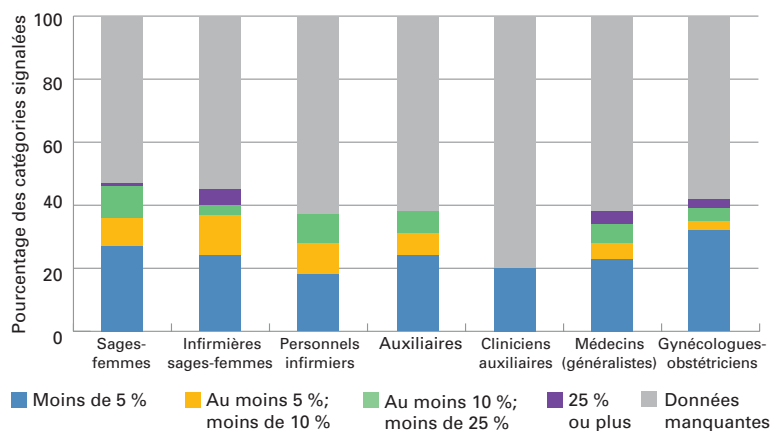
Disponibilité des sages-femmes

Les sages-femmes constituent 36 % des effectifs compétents dans la pratique de sage-femme des 73 pays objets du présent rapport, proportion importante certes, mais elles ne sont pas les seuls personnels nécessaires pour les soins de SSRMN. Toutefois, leur contribution spécifique au processus physiologique de l'accouchement « normal » et leur forte concentration sur le continuum de soins de SSRMN font d'elles des agents de santé essentiels. En conséquence, les décideurs politiques devraient leur accorder une attention particulière dans le cadre de la planification de la force de travail générale. Les données dont on dispose actuellement indiquent que des progrès supplémentaires sont possibles en encourageant le choix de ces professions.

La plupart des pays (58 %) indiquent que la carrière de sage-femme est perçue comme plus attractive que les autres professions vers lesquelles peuvent s'orienter les personnes possédant un niveau d'éducation semblable (voir la figure 9), mais cette carrière est perçue comme moins attractive dans près d'un quart des pays (23 %). Cela indique que les pouvoirs publics, les associations professionnelles et les partisans de la profession doivent en faire davantage pour promouvoir celle-ci; c'est là une « mesure vigoureuse » recommandée par le rapport de 2011. Certains pays ont déjà agi dans ce sens :

- Au Cambodge, par exemple, les sages-femmes ont été reconnues officiellement comme d'une importance clé pour réduire la mortalité maternelle et des nouveau-nés, ont bénéficié d'une augmentation de salaire supérieure à celles des autres personnels de santé justifiant d'une formation de niveau analogue, sont encouragées financièrement à pratiquer des accouchements dans les établissements de santé publique et bénéficient d'une priorité de recrutement au ministère de la Santé.
- En Tanzanie, la White Ribbon Alliance for Safe Motherhood a ciblé les élèves de l'enseignement secondaire, leurs parents, les politiciens et les communautés dans sa *Campagne visant à accroître l'accès des femmes aux soins de santé par la promotion de la profession de sage-femme* [38]. Parmi les objectifs retenus figuraient l'amélioration de l'image de la sage-femme et la promotion de la profession auprès des élèves du secondaire. Les résultats ont été prometteurs et 89,4 % des élèves atteintes dans une région

FIGURE 8 **Pourcentages de départs volontaires des effectifs par an et par catégorie**



ont déclaré qu'elles recommanderaient la profession de sage-femme.

Dans d'autres cas, des progrès ont été accomplis grâce aux médias et à des actions de plaidoyer, par exemple par la création de prix et distinctions pour reconnaître le travail des sages-femmes et d'autres personnels, tels que le prix Mama Afrika de l'Union africaine [39].

Le statut social et l'identité sont, on le sait, des facteurs qui influent sur l'attractivité des professions, attractivité reflétée partiellement par le niveau de salaire dans chaque pays. Les pays ont communiqué des informations détaillées sur les salaires de début de carrière des personnels de santé, qui ont été validées en se reportant à la base de données de la Banque mondiale sur les salaires des RHS*. Les salaires des sages-femmes sont parmi les plus bas dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (tranche inférieure) et ils sont comparables à ceux des infirmières sages-femmes auxiliaires, mais avec des variations notables d'un pays à l'autre. En moyenne, les sages-femmes sont rémunérées 2,5 fois plus dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (voir la figure 10) et elles sont mieux payées dans les pays qui possèdent un système d'octroi de licence. Au nombre des autres facteurs résultant en des salaires supérieurs pour les sages-femmes figure la présence d'une association qui mène des négociations sur les questions d'emploi et de salaire avec les pouvoirs publics.

Accessibilité

La deuxième composante de la couverture effective est l'accessibilité (voir le glossaire à l'annexe 1) des services de santé et en particulier des personnels de santé compétents dans la pratique de sage-femme. Même lorsqu'il y a des effectifs de santé en nombre suffisant, suffisamment rémunérés et possédant les compétences requises pour dispenser l'ensemble de soins dont ont besoin les femmes et les nouveau-nés, l'accès à ces soins continue de poser problème dans de nombreux pays. Les femmes doivent pouvoir décider activement de recourir aux personnels compétents dans la pratique de sage-femme (un obstacle fréquent étant la discrimination sexuelle), pouvoir atteindre matériellement les soins fournis ces personnels, rapidement en cas d'urgence, et disposer des moyens financiers nécessaires.

Amélioration de l'accès géographique

La première dimension de l'accessibilité est de nature physique. Pour être accessible, le système de soins doit

* Correspondance avec Juliette Puret et Christophe Lemièr, Banque mondiale.

FIGURE 9 Perceptions dans les pays enquêtés sur l'attractivité comparative de la carrière de sage-femme (73 pays)

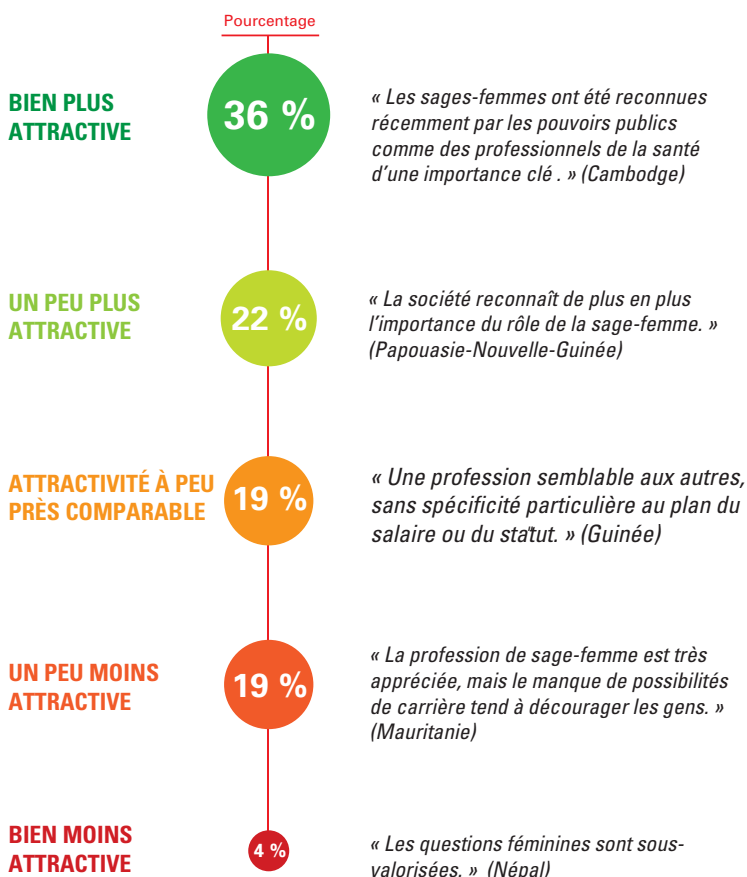
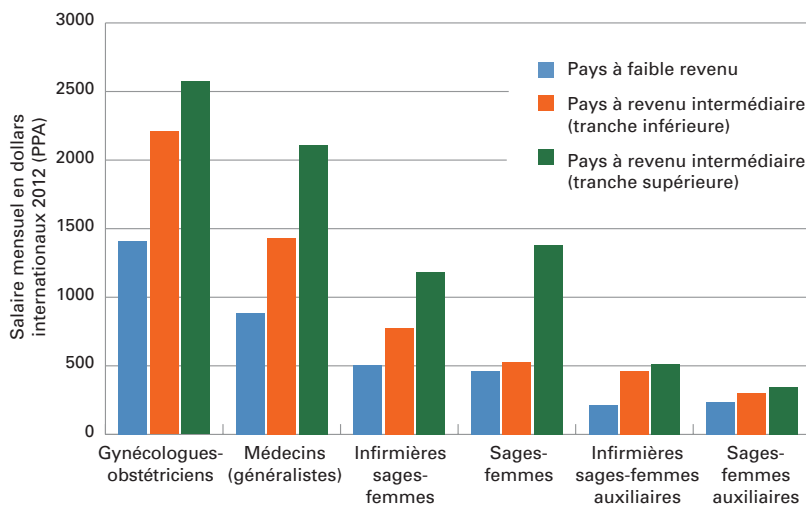


FIGURE 10 Salaire mensuel moyen de début par catégories de personnels de santé (en dollars internationaux 2012 [PPA])



Disponibilité

- ▶ La disponibilité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme ne peut se mesurer que par référence aux *équivalents plein temps* et pas au *nombre* de membres du personnel.
- ▶ Il n'y a pas de corrélation valable entre le *nombre* de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et les résultats en matière de santé, étant donné que les effectifs exprimés en équivalents plein temps représentent moins des deux tiers de tous les travailleurs qui consacrent au moins une part de leur temps à la SSRMN.
- ▶ Dix données que tous les pays devraient recueillir sur les personnels compétents dans la pratique de sage-femme sont le nombre de membres du personnel, le pourcentage de temps consacré à la SSRMN, les rôles, la structure par âge, l'âge de la retraite, la durée de la formation, les inscriptions, les abandons et l'achèvement des études, et les départs volontaires.
- ▶ La filière éducative des sages-femmes doit faire l'objet d'une gestion active pour s'assurer que les effectifs futurs répondront aux besoins des populations futures.
- ▶ La profession de sage-femme est perçue comme plus attractive que d'autres professions exigeant un niveau d'éducation analogue, mais pas dans tous les pays.
- ▶ Les salaires des sages-femmes figurent parmi les plus bas des personnels de la santé dans les pays à bas revenu et les pays à revenu moyen de la tranche inférieure.

reposer sur une infrastructure matérielle et un personnel répartis géographiquement de manière appropriée et être desservi par des réseaux de transport, d'information et de communication suffisants. Le déploiement équitable des personnels de santé exige au minimum de bonnes informations et une bonne planification.

S'agissant de l'information, seuls 15 des 73 pays enquêtés ont fourni une liste précise et actuelle des établissements de santé, qui n'incluait les établissements du secteur privé que pour 6 d'entre eux. Seuls 4 pays ont signalé avoir accès à des codes géoréférencés de localisation des établissements de santé. L'absence de cette information élémentaire réduit l'aptitude à effectuer des analyses détaillées des contraintes du côté de l'offre pour répondre aux besoins des populations.

En matière de planification, les pouvoirs publics décident de la répartition des personnels compétents dans la pratique de sage-femme selon le nombre d'habitants et les types d'établissements en place dans 53 des 73 pays enquêtés. Treize autres pays ne tiennent compte que des types d'établissements et 2 que du nombre d'habitants; 4 pays emploient d'autres méthodes et un pays n'a pas donné de réponse sur ce point. Toutefois, même lorsqu'ils appliquent l'une de ces méthodes de planifica-

tion, les pays ont éprouvé des difficultés à indiquer les normes précises sur lesquelles ils se fondent. Sur les 66 pays ayant indiqué que la planification des personnels compétents dans la pratique de sage-femme reposait en partie sur les types d'établissements en place, 41 (62 %) ont donné certains renseignements sur le nombre de ces personnels affectés à chaque établissement. Sur les 55 pays ayant indiqué que la planification des personnels dépendait également de la population et des zones de population desservies, 39 (71 %) ont donné certaines informations sur le nombre des personnels de santé en poste par rapport à la population (par exemple, le nombre de médecins pour 100 000 habitants).

Étant donné la diversité de la répartition géographique des besoins dans certains pays, il peut être utile d'envisager une planification selon des normes souples au niveau sous-national, de manière à offrir la meilleure combinaison possible de disponibilité, d'accessibilité géographique et de qualité des services dans chaque région. On pourra à cette fin recourir à un ensemble de méthodes émergentes fondée sur les systèmes d'information géographique (SIG) (voir l'encadré 3).

Les directives mondiales relatives à l'accessibilité formulées en 1997 [46] recommandent un minimum de cinq établissements de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pleinement fonctionnels pour 500 000 habitants. Les informations améliorées aujourd'hui disponibles sur les accouchements et les grossesses ont amené à envisager de réviser ces normes d'accessibilité [47]. Les constats de *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014* indiquent que de nombreux pays aspirent à se conformer aux normes relatives à la disponibilité d'établissements dispensant des SONU et à doter une forte proportion de leurs établissements de santé des capacités requises à cette fin (voir l'encadré 4).

Ceci souligne la nécessité d'encourager des débats nationaux et mondiaux sur les moyens à employer pour améliorer les politiques, la planification, l'accessibilité et le suivi des soins d'importance vitale. Il pourra être utile de formuler des orientations plus adaptées aux contextes ou d'utiliser des critères définis par les pays et situés au niveau d'entités géographiques plus pertinentes, tels que les districts en rapport avec le nombre annuel de grossesses ou d'accouchements normaux et avec complications. Il faudra également songer aux implications de la disponibilité des services 24 heures sur 24, ce qui exige la présence permanente d'équipes de personnels compétents dans la pratique de sage-femme qui se relèvent, pour maintenir la disponibilité opérationnelle des établissements dispensant des SONU.

Géographie de la SSRMN : progrès des systèmes de géo-information

La localisation géographique est trop souvent un facteur déterminant de survie ou de bonne santé des femmes et des nouveau-nés. Les informations géographiques sont utilisées depuis des siècles pour procéder à des analyses de l'état de santé, l'exemple sans doute le plus connu étant celui de l'étude épidémiologique de la flambée de choléra à Londres en 1854, étude effectuée par John Snow qui a établi une carte des décès dus à la maladie et indiquant les causes de celle-ci. La carte de Snow est l'un des premiers exemples de « visualisation des données de santé », à savoir de conversion des données en des illustrations et des graphiques pour présenter clairement les faits aux chercheurs et aux décideurs. Les progrès des technologies numériques et des logiciels de conception et de gestion des données autorisent des avancées rapides en visualisation. On voit se répandre l'usage des systèmes de positionnement géographique (GPS) pour repérer les sites et des systèmes d'information géographique (SIG) pour analyser et présenter les données. Ceci facilite l'application systématique de mesures à visées égalitaires dans les services de santé [40], qui contribuent à une « répartition équitable » des services et qui accordent la priorité aux groupes les plus défavorisés [41], en l'occurrence aux femmes et aux enfants qui en ont le plus besoin.

Définition de strates d'information géographique pour la planification stratégique

STRATE

1

Besoins de services de sages-femmes

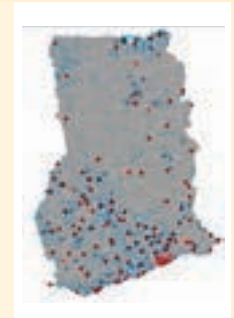
Les récents progrès en cartographie par SIG ont autorisé la production d'ensembles de données à haute résolution décrivant les estimations démographiques, y inclus les naissances vivantes et les grossesses, dans de nombreux pays du monde. Ces cartes, établies d'après des données satellitaires, de recensements et d'enquêtes, qui figurent dans les fiches de pays (chapitre 4), peuvent constituer une base de renseignement et de planification stratégiques [42] et fournir les dénominateurs d'indicateurs sous-nationaux de suivi des progrès.



2

Disponibilité des services et des ressources humaines

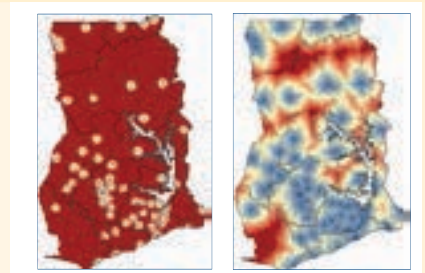
Lorsqu'il existe des données détaillées sur les établissements de santé, on peut les utiliser pour examiner l'offre de services et décentraliser le suivi et la planification par district ou par zone desservie par chaque établissement. Il est possible de calculer les besoins de personnel par rapport aux spécificités contextuelles compte tenu des besoins des populations, de la topographie et des caractéristiques géographiques locales. Tous les pays devraient donc s'efforcer de dresser et de tenir une liste exacte de tous les établissements et de tous les personnels de santé avec les coordonnées de GPS correspondantes.



3

Accessibilité des services et des ressources humaines

Au moyen des cartes des établissements et des données cartographiées sur les grossesses, on peut estimer combien de grossesses surviendront dans un rayon donné (défini par l'utilisateur et exprimé en distance ou en temps de déplacement) de tout établissement. Nombre d'études ont mesuré, cartographié et modélisé les temps de déplacement pour atteindre les établissements de santé en appliquant toute une gamme d'approches diverses [43-45].



4

Qualité des services et des ressources humaines mesurée d'après les extraits et les résultats

Les indicateurs de mortalité maternelle et néonatale font apparaître d'immenses disparités entre les pays, ainsi qu'au sein des pays eux-mêmes, encore que les données intranationales soient moins facilement disponibles. Toutefois, des données sur les événements négatifs (mortalité maternelle, périnatale et néonatale) sont extractibles à partir de données géographiquement localisées par GPS de recensements de population, d'enquêtes et d'autopsies verbales pour dresser des cartes de résultats et éclairer les décisions relatives aux approches égalitaires ciblées par rapport aux besoins de soins et à la qualité des effectifs de santé au niveau sous-national.

Source : Andy Tatem, Jim Campbell et Zoë Matthews. ICS Integrate et University of Southampton.

Les 37 pays qui ont organisé un atelier de politique ont mis en évidence un certain nombre de difficultés clés qui s'opposent à l'accessibilité géographique, outre les problèmes d'information et de planification, notamment : l'aversion des personnels de santé pour le travail en milieu rural, la médiocrité et le coût des transports à destination des régions isolées, l'insuffisance de capacités d'accueil pour les femmes aux premiers stades du travail et les carences des réseaux d'aiguillage. Au nombre des solutions proposées figurent : l'offre d'incitatifs financiers et autres pour encourager le personnel à travailler dans les régions éloignées/sous-desservies, des périodes de travail obligatoire en milieu rural, des améliorations de l'infrastructure sanitaire rurale pour rendre l'affectation dans ces régions plus attractive, des mesures pour remédier à la répartition géographiquement inégale des établissements de formation et la mise en place de maisons d'attente dans les régions difficiles d'accès. Beaucoup des suggestions émises s'inscrivent dans la ligne des directives et des recommandations de l'OMS [49, 50].

Amélioration de l'accès économique

Outre les obstacles géographiques, s'opposent également à l'accès aux soins, on le sait, les obstacles financiers [51-53].

Un constat très positif de l'enquête de 2014 est que 70 des 73 pays ayant répondu au questionnaire possèdent un « paquet de prestations minimales garanties en matière de SSRMN », défini comme un « ensemble de services que les pouvoirs publics se sont engagés à mettre à la disposition de tous, gratuitement, au point d'accès ». Dans ces pays, ce paquet comprend un ensemble minimum prescrit d'interventions ou de services, auquel d'autres peuvent être ajoutés, mais l'ensemble minimum est garanti.

L'existence d'un paquet de prestations minimales ne signifie pas que les femmes et les nouveau-nés ont la capacité financière d'accéder à tous les éléments essentiels des soins de SSRMN. Seuls 2 pays (Chine et Pérou) offrent un paquet de prestations qui englobe les 46 interventions essentielles de SRMN. Toutefois, dans 10 autres pays (Afrique du Sud, Brésil, Comores, Gabon, Guinée, Lesotho, Mexique, Sénégal, Viet Nam et Zimbabwe), seules manquent au paquet une ou deux des interventions, et 45 pays (62 %) assurent au moins 40 des 46 interventions.

Il serait possible, en remédiant à certaines des lacunes les plus communes des paquets de prestations, de sauver des vies. Les troubles hypertensifs, le travail

prolongé et l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses sont les principales causes de mortalité maternelle dans les pays en développement [54]. Néanmoins, la supplémentation en calcium et le traitement à l'aspirine à faible dose pour prévenir la prééclampsie, les interventions de cessation du tabagisme, la réduction de la présentation anormale à terme avec version céphalique par manœuvre externe et l'avortement médicalisé ne sont inclus que dans moins de la moitié des pays. De même, bien que la naissance prématurée soit l'une des principales causes de mortalité néonatale [55], un quart des pays n'incluent pas d'interventions visant à prévenir les naissances prématurées et à protéger les enfants prématurés dans leur paquet de prestations minimales. Il y aurait lieu en particulier d'inclure plus largement l'administration anténatale de corticostéroïdes pour prévenir le syndrome de détresse respiratoire aiguë chez les prématurés et la ventilation spontanée en pression positive continue chez les prématurés présentant ce syndrome ainsi qu'un soutien social au décours du travail.

Parmi les autres problèmes d'accessibilité financière figurent le peu de connaissances du public concernant le droit aux services qui sont gratuits au point d'accès, le manque d'autonomie des femmes en matière de décisions touchant au budget du ménage, le coût des services/articles qui ne sont pas couverts par le paquet garanti dans le pays (tels que les transports et les médicaments), et le manque de matériel ou de fourniture permettant aux établissements de répondre à la demande. Les solutions suggérées pour lever ces obstacles financiers comprennent les systèmes de paiement anticipé et de protection sociale, l'inclusion des frais de transport dans les paquets minimum de soins, l'appui apporté aux communautés par des agents de santé qui organisent des coopératives pour faciliter le transport et partager les frais, l'amélioration de la gouvernance, la responsabilisation des autorités, la consultation des bénéficiaires, et la lutte contre la corruption et l'extorsion, par exemple en améliorant la supervision et les contrôles.

Égalité d'accès

Outre les obstacles de nature physique et financière, de nombreuses femmes se heurtent, pour accéder aux sages-femmes et aux personnels compétents, à des difficultés supplémentaires provenant de leur situation socioéconomique ou de leur groupe culturel. Les disparités d'accès aux soins entre riches et pauvres, habitants urbains et ruraux sont aujourd'hui bien documentées et se creusent dans de nombreux contextes [56, 57]. Dans les pays, certaines régions ou certains groupes

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence : de la désignation officielle aux capacités effectives

Chez la plupart des femmes en bonne santé, le processus physiologique de la grossesse se déroule sans problèmes et elles mettent au monde des enfants en bonne santé eux aussi. Toutefois, lorsque ce processus ne se déroule pas normalement, l'accès en temps utile à des SONU de qualité devient une question de vie ou de mort. Les SONU comprennent un ensemble d'actes et de médicaments vitaux pour traiter les complications de la grossesse et de l'accouchement.

Les données recueillies pour le présent rapport indiquent que dans près de la moitié des pays (44 %), tous les établissements de santé offrant des services d'accouchement sont classés, du point de vue des politiques et de la planification, comme des établissements offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence soit complets (SONUC) soit de base (SONUB), c'est-à-dire que tous les hôpitaux de ces pays sont désignés comme étant des établissements de SONUC et tous les établissements autres que des hôpitaux comme des établissements de SONUB. Il y a toutefois dans la réalité une différence considérable entre la désignation en tant qu'établissement de SONU, qui indique que cet établissement *pourrait fournir* des soins d'urgence

vitaux s'il disposait du personnel, du matériel, des médicaments et des fournitures nécessaires, et la pleine capacité opérationnelle effective de ce même établissement.

Aux fins du suivi, les SONU sont définis comme la réalisation de fonctions fondamentales. Pour qu'un établissement de SONU soit considéré comme pleinement fonctionnel, il doit satisfaire à deux conditions :

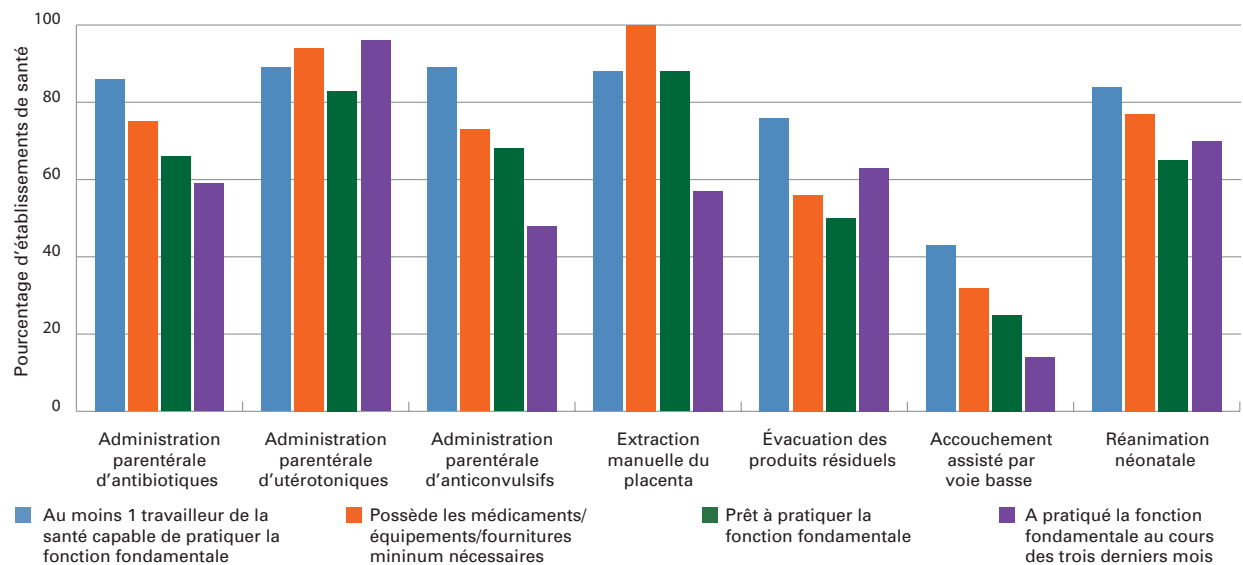
- 1) avoir pratiqué 7 des fonctions fondamentales des SONU (niveau de base) ou les 9 fonctions fondamentales (niveau complet), et
- 2) les avoir pratiquées au cours des trois mois écoulés.

La figure ci-dessous emploie les données d'évaluation des besoins de 11 pays* pour illustrer la disparité entre l'état de préparation et la pratique effective des fonctions fondamentales et pour indiquer lesquelles de ces fonctions sont pratiquées le plus fréquemment. Elle montre que l'accouchement assisté par voie basse (AAVB) est la fonction la moins souvent pratiquée. Seuls 43 % des établissements de santé ont signalé disposer d'un agent de santé compétent

pour réaliser un AAVB avec extraction par ventouse ou par forceps; encore moins nombreux (32 %) sont ceux qui disposaient du matériel minimum nécessaire et cette procédure n'avait été pratiquée que dans 14 % des établissements au cours du trimestre écoulé.

Les pays qui souhaitent se doter d'établissements de SONU plus nombreux et accroître la qualité des soins qui y sont dispensés sont encouragés à aligner leurs politiques et leur planification sur les directives mondiales relatives à la couverture des SONU [48]. La *désignation* peut servir d'instrument de politique pour prioriser l'allocation de ressources et l'amélioration des services, conformément aux besoins de couverture. La *disponibilité opérationnelle* doit faire l'objet d'une gestion active, pour veiller en tout temps à ce que les personnels de santé, le matériel, les médicaments et les fournitures soient tous disponibles. Le suivi des prestations effectives de l'établissement et de sa *pleine fonctionnalité* peut alors servir d'outil pour améliorer la qualité et pour veiller à ce que toutes les femmes et les nouveau-nés aient accès à ces soins en temps utile si le besoin s'en présente.

Pourcentage d'établissements de 11 pays prêts à pratiquer et ayant effectivement pratiqué chacune des fonctions fondamentales



* Données des évaluations des besoins de SONUC de Averting Maternal Death and Disability fournies par Patricia Bailey.

Source : Patricia Bailey, Averting Maternal Deaths and Disability.

marginalisés tels que les adolescents, les migrants ou les communautés tribales peuvent aussi se voir, de fait, exclus du système de santé, en particulier des soins de santé reproductive. Il se manifeste une volonté résolue de faire de l'équité une composante fondamentale du programme de développement de l'après 2015. Il a été proposé, par exemple, de mesurer les progrès des pays sur la voie de la réalisation de la CSU d'après l'accès qu'ont aux services de santé essentiels, qui comprennent l'ensemble des soins de SSRMN, les 40 % les plus pauvres de la population (voir l'encadré 5).

À l'évidence, on pourra faire usage d'informations stratégiques pour planifier les approches axées sur l'équité. Toutefois, tous les pays n'ont pas adopté de politiques qui font une priorité du déploiement des effectifs de santé en rapport avec la répartition et les besoins de la population : dans la plupart d'entre eux, la planification se situe au niveau des établissements (nombre d'agents de santé par type d'établissement) ou tient compte du ratio des effectifs de santé par rapport au nombre d'habitants, ce

qui ne permet pas de répondre aux besoins des groupes et des régions défavorisés ou exigeant des interventions particulières. L'exemple des mesures prises par la Sierra Leone (voir l'encadré 6), à la suite des débats de l'atelier de 2014, montre que les pays peuvent agir dans l'immédiat pour améliorer les informations disponibles sur les établissements de santé et sur les lieux où les personnels compétents dans la pratique de sage-femme sont effectivement en exercice.

Acceptabilité

L'acceptabilité est la troisième dimension de la couverture effective (voir le glossaire à l'annexe 1). Même lorsque les soins sont disponibles et accessibles, la couverture effective se réduit si les soins offerts ou les personnels compétents dans la pratique de sage-femme ne sont pas acceptables pour les femmes, les familles et les communautés. Malgré l'augmentation de la proportion des accouchements en milieu hospitalier et avec l'assistance de professionnels de la santé, il est clair que dans certains cas, le manque de soins respectueux reste un facteur

ENCADRÉ 5

Pour atteindre les 40 % les plus pauvres

La Banque mondiale et l'OMS ont entrepris l'élaboration d'un cadre de mesure pour surveiller les progrès des pays sur la voie de la réalisation de la CSU [58,59], au titre d'un projet d'évaluation de la couverture des services financiers et de la protection contre les risques financiers, pour déterminer le niveau agrégé et l'équité de la couverture et de la protection. La suggestion suivante a été émise concernant les mesures à réaliser :

Toutes les mesures devraient être désagrégées par strate socioéconomique pour évaluer à quel degré la couverture des services et la protection financière sont équitablement réparties.

La désagrégation permettrait de mesurer les progrès au niveau de la population (mesure des progrès agrégés) et parmi les 40 % de la population les plus démunis (objectif d'équité), ce qui serait conforme à la mesure de l'équité dans les rapports du Compte à rebours.

L'objectif d'équité en matière de services de SSRMN présentera des difficultés notables pour de nombreux pays. La figure

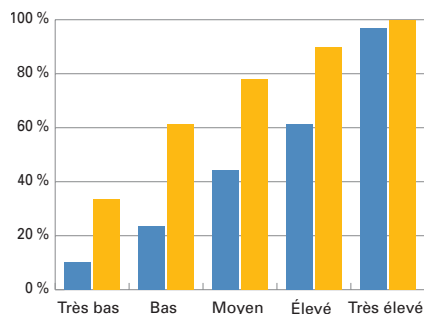
ci-dessous illustre le niveau de couverture pour les accouchements assistés par du personnel de santé qualifié et au moins quatre visites de soins prénatals pour les 40 % les plus pauvres et le reste de la population de 34 pays, ceux-ci étant groupés par niveau de couverture.

L'objectif d'équité n'est réalisé que dans quatre pays (Arménie, Colombie, Jordanie et République dominicaine), où la couverture globale a atteint au moins 90 % et où il y a très peu d'écart entre les 40 % les plus pauvres et le reste de la population.

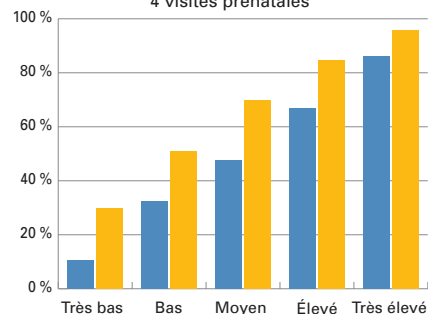
Couverture des soins de SSRMN pour les 40 % les plus pauvres, en groupes de niveau de couverture dans 33 pays

■ 40 % les plus pauvres ■ 60 % les plus riches

Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié



Pourcentage de naissances vivantes pour lesquelles la mère a passé au moins 4 visites prénatals



Note : Les 33 pays ont été classés en 5 groupes selon le niveau national 1) de taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, 2) de présentation de la mère à au moins 4 visites prénatals. Ces groupes sont les suivants : très bas (<30), bas (31 %-50 %) moyen (51 %-70 %), élevé (71 %-85 %) et très élevé (>85 %).



dissuasif qui fait obstacle à l'accès aux services (voir l'encadré 7). Pour que les soins soient acceptables, tous les établissements de santé, biens et services doivent être conformes à la déontologie médicale et appropriés culturellement, à savoir respectueux de la culture des personnes de tout âge, y inclus des adolescents, ainsi que des membres des minorités et des communautés [70]. Les soins doivent être sensibles aux sexes et aux exigences liées au cycle de vie; ils doivent aussi être conçus pour respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé des bénéficiaires. L'accroissement de l'acceptabilité suppose que l'on soit à l'écoute des femmes et des communautés et qu'il soit tenu compte de leurs préférences dans les politiques, les initiatives de formation et les boucles de rétroaction. Cet élément de l'amélioration des services est absent, de longue date, dans de nombreux pays [71] mais on voit actuellement émerger des stratégies visant à résoudre le problème.

Il est difficile d'accroître l'acceptabilité des soins si l'on ne comprend pas les attitudes du public à l'égard des

Une caractéristique à noter en matière d'équité est que cet objectif est absolu et non pas relatif : les pays où la couverture est la plus faible sont ceux qui devront réaliser le plus de progrès. L'analyse de la situation des pays à faible niveau de couverture révèle que leurs progrès sont très lents [60]. Ce sont des pays où l'infrastructure est la plus faible et où l'accroissement de la couverture des interventions de SRMN exige des investissements soutenus dans le système sanitaire et les effectifs de la santé. Par ailleurs, à mesure que les inégalités de la couverture se réduisent, il est important de déployer des efforts supplémentaires pour réduire aussi les inégalités au plan de la qualité [61, 62].

Il faudra appliquer des approches axées sur l'équité [41-67] ciblant les groupes les plus pauvres [41, 67] pour pouvoir espérer atteindre les objectifs agrégés et d'équité en matière de couverture de SSRMN.

Source : Sarah Neal, Amos Channon et Zoë Matthews, University of Southampton.

Accessibilité

- ▶ La plupart des pays déploient leurs personnels compétents dans la pratique de sage-femme en planifiant au niveau des établissements ou en appliquant des ratios effectifs/population, ce qui est peu satisfaisant au regard des besoins et de l'accès aux soins.
- ▶ Des systèmes d'information sur les ressources humaines avec des codes de SIG pour les établissements fourniraient de nouvelles informations sur l'aptitude des populations à accéder à des prestataires de soins qualifiés et compétents.
- ▶ La fourniture de SONU pourrait bénéficier de nouvelles approches pour désigner des établissements capables de dispenser des soins vitaux, les doter des capacités requises et surveiller leurs prestations.
- ▶ Les pays sont encouragés à définir et à offrir un paquet de prestations minimales garanties en SRMN, à savoir un « ensemble de services que les pouvoirs publics se sont engagés à mettre à la disposition de tous, gratuitement, au point d'accès ».
- ▶ Sur les 73 pays ayant répondu au questionnaire, 70 ont un paquet de prestations minimales garanties, mais il y a des lacunes dans les interventions essentielles incluses.
- ▶ De nombreux pays éprouveront des difficultés notables pour assurer la couverture universelle, en particulier pour les 40 % les plus pauvres.
- ▶ Il faudra appliquer des approches axées sur l'équité qui ciblent les plus pauvres pour atteindre les objectifs agrégés et d'équité en matière de couverture de SSRMN.
- ▶ Les pays peuvent prendre des mesures immédiates pour améliorer leurs informations stratégiques sur l'accessibilité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme.

ENCADRÉ 6

Actions des pays : Afghanistan, Sierra Leone, Togo

L'Association des sages-femmes d'Afghanistan a saisi l'occasion offerte par l'enquête sur l'état de la pratique de sage-femme pour tenir deux ateliers de parties prenantes consacrés au recueil des données, à leur validation et à un examen des politiques. Il est déjà prévu d'organiser un lancement national du rapport 2014 et de le diffuser, avec des tables rondes, des débats de politique et une couverture médiatique [68].

En Sierra Leone, les participants à l'atelier organisé sur l'état de la pratique de sage-femme 2014 ont signalé au nombre des problèmes auxquels sont confrontés les personnels compétents dans la pratique de sage-femme la médiocrité des conditions de travail, l'inefficacité des mécanismes d'affectation, le manque de motivation et le peu de possibilités de perfectionnement professionnel continu. Les pouvoirs publics ont commandité un projet de cartographie, en partenariat avec l'UNFPA, qui recueillera des données biographiques sur toutes les sages-femmes en exercice dans le pays et sur la localisation géographique de l'établissement auquel elles sont rattachées.

Le Togo offre un autre exemple de renforcement du dialogue national dû au processus de l'enquête sur l'état de la pratique de sage-femme 2014. L'Association des sages-femmes togolaises a assuré la coordination des ateliers nationaux. Les réunions et les débats ont produit des résultats sous forme de données et ont également contribué à resserrer les relations entre l'Association des sages-femmes, le ministère de la Santé, l'OMS et l'UNFPA.

Source : UNFPA et ICM.

personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de leurs comportements. Seuls 18 des 73 pays ayant répondu au questionnaire ont connaissance d'études sur la question dans leur pays. Parmi eux, l'Afrique du Sud a signalé « *un manque d'information ou le fait de se faire agresser verbalement au lieu de recevoir des informations claires ... le fait de se voir refuser l'admission dans l'établissement et d'accoucher à la porte de l'hôpital ou sur le chemin du retour à la maison ... la négligence et l'abandon pendant le travail ou à la naissance de l'enfant* ». Des recherches plus robustes examinées par les pairs sont nécessaires sur ce sujet important. Le questionnaire d'enquête sur la pratique de sage-femme demandait de préciser les raisons qui font qu'une femme ou une adolescente ne soit pas en mesure de s'adresser à une sage-femme ou se sente mal à l'aise de le faire. On trouvera des exemples de réponses au tableau 2.

Dans leurs réponses au questionnaire d'enquête, la plupart des pays (79 %) ont noté que des politiques sont en place pour s'assurer spécifiquement que les soins

de SSRMN seront dispensés de manière sensible aux besoins sociaux et culturels, notamment compte tenu de l'âge, de l'ethnicité, de la religion et de la langue. Au nombre de ces dispositions figurent une politique nationale de santé sexuelle et reproductive (Malawi), une stratégie d'inclusion pour l'égalité des sexes dans le secteur de la santé (Mozambique) et un plan quinquennal pour la santé reproductive (Myanmar). En Afghanistan, la politique accorde une place particulière à l'égalité des sexes, à la santé reproductive et aux droits, ainsi qu'au renforcement du rôle des femmes dans les décisions touchant à la demande de soins de santé. La politique de la Chine prévoit un investissement accru ciblant les régions rurales et isolées et manifeste un engagement extraordinaire en faveur de l'octroi de subventions à toutes les femmes qui accouchent en milieu hospitalier. Au Libéria, les pouvoirs publics considèrent le droit à la santé comme un des droits fondamentaux de la personne et visent à assurer l'accès de tous les Libériens aux services, sans distinction de situation économique, d'origine, de religion, de sexe ou de lieu de résidence.

ENCADRÉ 7

Soins respectueux dans les services de maternité

Alliance du Ruban blanc : Charte des soins de maternité respectueux

Toutes les femmes ont besoin de soins respectueux avant, pendant et après la grossesse et l'accouchement et elles y ont droit. Force est de constater toutefois que, de nombreux pays, elles ne bénéficient pas de tels soins. La Charte des soins de maternité respectueux [72] a été élaborée en 2011 par un groupe de multiples parties prenantes et de partenaires au développement. Elle offre une réponse à un rapport de situation de Bowser and Hill, *Exploring evidence for disrespect and abuse* [73] qui a recensé et décrit sept formes de manque de respect et de mauvais traitements pouvant être infligés aux femmes et à leurs nouveau-nés, allant d'une humiliation et de vexations subtiles à l'abandon ou au refus de soins jusqu'à la détention dans les établissements. De nombreux pays connaissent ce problème et certains prennent des mesures pour recueillir de nouveaux éléments d'information et faire la lumière sur cet obstacle généralisé qui s'oppose à l'accès aux soins :

- Une étude récente menée au **Kenya** par le projet Heshima (« heshima » signifiant « dignité » en swahili) a révélé que 20 % des femmes s'étaient senties

humiliées et ne pas avoir été respectées dans les soins qui leur avaient été dispensés lors de l'accouchement. On a pu constater des corrélations entre le statut socioéconomique des femmes et les diverses formes de manque de respect dont elles font l'objet, les femmes les plus riches étant plus susceptibles d'être détenues ou victimes d'extorsion, les plus jeunes de subir des manques de confidentialité et les plus pauvres de connaître la négligence et l'abandon [74].

- Une évaluation de la qualité des soins dispensés durant la grossesse et lors de l'accouchement à **Kanakapura Taluk (Inde)** [75] a montré que le manque de respect des prestataires était un dissuasif sérieux à l'accouchement en milieu hospitalier, et que le fait de ne pas oser poser des questions, l'absence d'amies les accompagnant lors de l'accouchement et l'absence de soutien manifeste des prestataires de soins étaient des faits qui amenaient les femmes à ne pas faire appel de nouveau aux services de soins. Une femme sur quatre a signalé que le prestataire de soins avait divulgué des renseignements personnels qu'elle ne voulait pas révéler à autrui. Ces constats valent

pour tous les établissements de santé publics, privés, de base et de deuxième niveau [76].

- En **Tanzanie**, une expérience avec choix discrets a identifié l'attitude des prestataires comme constituant l'un des facteurs les plus importants dans la décision des femmes d'accoucher dans un établissement de santé. Les auteurs de l'étude estiment qu'une amélioration de ces établissements pourrait se traduire par une augmentation de 43 à 88 % des accouchements en milieu hospitalier [76].
- En **Afrique du Sud**, des femmes ont déclaré qu'elles s'abstenaient de se présenter pour les visites prénatales parce que les prestataires de services étaient trop impolis et qu'elles ne recherchaient des soins que lors de l'entrée en travail [68].
- Au **Pérou**, de nombreuses femmes hésitent à recourir aux établissements de SONU parce qu'elles estiment que les prestataires de soins sont peu attentifs à leurs besoins et manifestent peu de sensibilité à la culture locale [79].

Source : Zoë Matthews, University of Southampton and Petra ten Hoop-Bender, ICS Integrare.

Lors des ateliers ayant eu lieu dans les pays, la problématique de l'acceptabilité a été fortement reliée : 1) au rôle de la femme dans la société (manque d'autonomie et discrimination à l'égard des femmes, en tant qu'utilisatrices et en tant que prestataires de services), et 2) aux attitudes des prestataires de soins envers les utilisatrices (apport de soins inapproprié par rapport aux sexospécificités ou à la culture; manque de compassion et soins pas axés sur la personne). Au nombre des solutions proposées figurent l'autonomisation des femmes par une meilleure éducation, l'amélioration du mentorat/ de la supervision des cliniciens par les organismes de réglementation, les associations professionnelles et les employeurs, et l'inclusion des principes des soins respectueux et de la sensibilité socioculturelle dans les programmes de formation avant l'emploi et en cours d'emploi. Ceci indique la nécessité d'analyses supplémentaires du rôle des sages-femmes relatif au genre, en s'appuyant sur les recherches déjà effectuées [80].

On peut également accroître l'acceptabilité des soins en renforçant l'influence des communautés, en encourageant l'interaction entre clientes et prestataires et en veillant à ce que ces derniers aient à rendre compte de leurs actes. Une fois repérées les carences des prestations de soins, il est possible de mobiliser la population ainsi que les personnels de santé pour demander une responsabilisation des services locaux, appeler les pou-



voirs publics à tenir leurs engagements en matière de SSRMN, et obtenir ainsi la mise en place de conditions propices à l'apport de soins de qualité. Plusieurs initiatives favorisent l'adoption de mécanismes de responsabilisation au niveau local et national (voir l'encadré 8).

Qualité

La qualité est la quatrième dimension de la couverture universelle (voir le glossaire à l'annexe 1). Même lorsque les personnels compétents dans la pratique de sage-femme sont disponibles, accessibles et acceptables

Par des prestations sensibles à la personne et à la culture, les sages-femmes peuvent encourager les femmes à rechercher des soins des SSRMN. (Jhpiego/Kate Holt)

TABEAU 2

Raisons pour lesquelles les femmes ne demandent pas de soins ou se sentent peu à disposées à le faire

RAISON	CITATION À TITRE D'ILLUSTRATION/EXPLICATION
Les croyances sociales, culturelles et religieuses et les besoins ne sont pas pris en considération dans les établissements.	Perception que les établissements de santé et leurs personnels peuvent être peu accueillants ou ne pas respecter les croyances culturelles ou religieuses des femmes.
Les mères reconnaissent que les sages-femmes sont surchargées (notamment pour des tâches ne relevant pas de leur rôle spécifique)	« Il y a une grave pénurie de sages-femmes et les quelques-unes qui pratiquent sont surchargées. »
Les incitatifs offerts par le système de santé peuvent encourager les soins médicalisés.	Les nouveaux mécanismes de financement qui favorisent les interventions médicales peuvent encourager les femmes à demander des services médicaux de niveau élevé de préférence aux soins d'une sage-femme.
Manque d'information sur le rôle professionnel de la sage-femme.	« Le grand public ne connaît pas les niveaux de compétence des sages-femmes. »
Lorsque les femmes savent que des services de sages-femmes sont disponibles et qu'elles préfèrent recourir à ces services, elles se heurtent néanmoins à des obstacles géographiques et financiers.	« Les femmes préfèrent les soins d'une sage-femme si elles sont en mesure de recourir à ces soins et de choisir. Certaines femmes vivent dans des régions lointaines, difficilement accessibles et n'ont accès qu'aux services d'accoucheuses traditionnelles. »
La pratique de sage-femme est sous-valorisée dans la société.	Dans certains pays, payer un médecin confère à la famille un statut social plus élevé que le recours aux services d'une sage-femme.

pour la population, leur efficacité peut être sérieusement limitée par le manque de qualité. Les données qui proviennent de structures ayant fourni la totalité des soins à l'accouchement indiquent que les taux de mortalité maternelle peuvent rester élevés si l'on n'accorde pas l'attention nécessaire à la qualité [81]. De nombreux facteurs déterminent la qualité des soins [82], notamment le niveau de dotation en personnel et en ressources et l'environnement de travail. Bien qu'elles ne soient qu'une des composantes d'où peuvent provenir les variations de la qualité, les aptitudes de la force de travail constituent un point de départ utile pour examiner la qualité des soins, les programmes d'éducation, les compétences, l'éventail des compétences et les pratiques de collaboration.

L'éducation des sages-femmes : encore négligée

Les données concernant l'état de la pratique de sage-femme révèlent des lacunes généralisées de l'in-

frastructure, des ressources et des systèmes qui ont des incidences sur l'éducation des sages-femmes. L'enquête de cette année a recueilli une bonne part des informations qui seront utilisées au moyen du futur Outil d'évaluation rapide de la pratique de sage-femme* pour examiner la qualité de l'éducation des sages-femmes. Cet outil comporte six sections : infrastructure; enseignants, tuteurs et précepteurs; étudiantes (point traité dans la section Disponibilité ci-dessus); éducation clinique; cursus; facteurs d'influence (point traité dans les sections Règlementation et Politique ci-dessous).

La médiocrité de l'infrastructure est l'un des problèmes clés en matière de formation des sages-femmes. Le manque de matériel ou le manque de qualité du matériel dans les établissements d'enseignement est un problème pour 80 % des sages-femmes, 69 % des infirmières sages-femmes et 44 % des personnels infirmiers. Le manque de salles de classe est perçu comme un obstacle à l'éducation pour 53 % des sages-femmes,

Les sages-femmes peuvent autonomiser les femmes par l'éducation et en leur fournissant des informations sur les soins de santé.
(Jhpiego/Kate Holt)



PRINCIPAUX CONSTATS

Acceptabilité

- ▶ Des recherches robustes supplémentaires sont nécessaires sur les perceptions et les attitudes des femmes envers les personnels compétents dans la pratique de sage-femme.
- ▶ Seuls 18 pays ont connaissance d'études sur l'attitude du public envers les personnels compétents dans la pratique de sage-femme et leurs comportements, ce qui ne permet pas de bien appréhender la situation du point de vue de l'acceptabilité.
- ▶ La problématique de l'acceptabilité est étroitement liée à la discrimination à l'égard des femmes en tant qu'utilisatrices des services et en tant que prestataires. Des analyses supplémentaires sur le rôle relatif au genre des personnels compétents dans la pratique de sage-femme seraient utiles.
- ▶ Les pays élaborent des politiques pour promouvoir l'offre de soins sensibles aux besoins sociaux, culturels et traditionnels; ces politiques doivent être mises en œuvre et faire l'objet d'un suivi.
- ▶ La mobilisation de la société civile et des prestataires de soins en faveur d'une responsabilisation accrue des services locaux et d'actions des pouvoirs publics pour tenir leurs engagements en matière de SSRMN peut contribuer à instaurer des conditions propices à l'apport de soins de qualité.

Accroissement de l'acceptabilité des services par la responsabilisation

Militants et partisans de la cause des femmes et de la santé s'emploient de plus en plus à accroître la responsabilisation au niveau de l'apport et du suivi des services de SSRMN en plaidant en faveur d'un renforcement des dispositions juridiques, politiques et réglementaires ainsi que de la gouvernance et du financement. Les prestations de services de SSRMN s'améliorent lorsque les clientes, les prestataires et les administrateurs œuvrent de concert pour analyser les données sur les carences afin d'appliquer des mesures correctives.

Les examens des décès maternels, les fiches d'évaluation d'établissements et les partenariats entre bénéficiaires et prestataires de soins peuvent favoriser les changements

- En **Éthiopie**, les examens des décès maternels occupent une place clé dans le cycle de responsabilité et de réponse; ils font partie intégrante d'un nouveau système de surveillance des décès maternels et de mesures correctives.
- En **Sierra Leone**, le système d'examen des décès fait l'objet d'améliorations, avec l'appui de la première dame de la Sierra Leone, et un Réseau de survie maternelle mène des actions de plaidoyer de haut niveau pour que soient appliquées les recommandations issues de l'examen des données.
- Les gestionnaires des systèmes de santé font usage des fiches d'évaluation des établissements en **Sierra Leone** et au **Ghana** et œuvrent avec les parties prenantes de la société civile pour apprécier la qualité des soins dispensés dans les maternités locales. Clientes et prestataires font usage des fiches d'évaluation pour plaider en faveur de changements systémiques dans les prestations de services de SSRMN.
- Au **Malawi**, les attributions du bureau du médiateur au niveau des districts ont été élargies et ce service peut à présent signaler directement au ministère de la Santé les cas d'inaction dans les établissements de santé et les districts. Il est fréquent qu'au niveau des districts les médiateurs soient sujets à l'influence des établissements de santé, mais il



Les écolières ghanéennes s'impliquent dans les questions de SSRMN par l'entremise de la campagne MamaYe. (MamaYe Ghana)

existe au niveau national des mécanismes de responsabilisation puissants et efficaces.

Le suivi des engagements des pouvoirs publics peut accroître la responsabilisation

- Au **Nigéria**, un groupe dénommé « Responsabilisation pour la santé maternelle et du nouveau-né » a été établi pour suivre les progrès, accroître la transparence dans le domaine de la SSRMN et encourager à l'action conformément aux priorités et aux engagements. Un mécanisme de national de responsabilisation, initiative pionnière en Afrique, a été institué pour exercer un suivi des progrès de la mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant et de la feuille de route nationale.
- Les parties prenantes de la **Tanzanie** ont lancé une Étude de cas du pays, menée par le Groupe du compte à rebours 2015, dont les activités fournissent des données sur les progrès (et l'absence de progrès) dans le domaine des soins de SSRMN, qui éclaireront l'examen à mi-parcours des politiques nationales visant à la réalisation des OMD 4 et 5, ainsi que le Plan unique et le 3^e Plan stratégique du secteur de la santé.

Une gouvernance favorable et un environnement financier porteur sont essentiels à la responsabilisation

- Le suivi des ressources intérieures dédiées aux services de SRMN présente

souvent des difficultés : les rapports peuvent ne pas être faciles à obtenir et les flux de financement de la SSRMN ne sont pas toujours désagregés.

- Les pays membres de l'Union africaine se sont engagés, par la Déclaration d'Abuja de 2001, à allouer 15 % de leur budget national au secteur de la santé, mais seuls quelques pays ont honoré cet engagement. Des campagnes de plaidoyer et des actions communautaires sont en cours pour continuer d'assurer la visibilité des engagements en matière de SSRMN et pour demander des comptes aux décisionnaires et aux dirigeants.

La société civile peut appeler à la responsabilisation sociale

Cinq pays africains ont lancé une campagne en faveur de la SSRMN dénommée *MamaYe*, qui vise à rassembler tous les acteurs de la SSRMN, du niveau local au niveau national, pour donner une visibilité durable aux questions à résoudre dans ce domaine. Des campagnes de plaidoyer et des sites Web nationaux permettent de mettre en commun, de diffuser et de partager largement des données et des informations sur les initiatives de sensibilisation et de responsabilisation avec une multitude de parties prenantes dans chaque pays. Ceci permet de mieux faire connaître la situation et d'entretenir le dialogue dans des contextes structurés ainsi qu'informels, pour focaliser l'attention sur la SSRMN et encourager à l'action.

Source : Adriane Martin-Hilber and Louise Hulton, Evidence for Action.

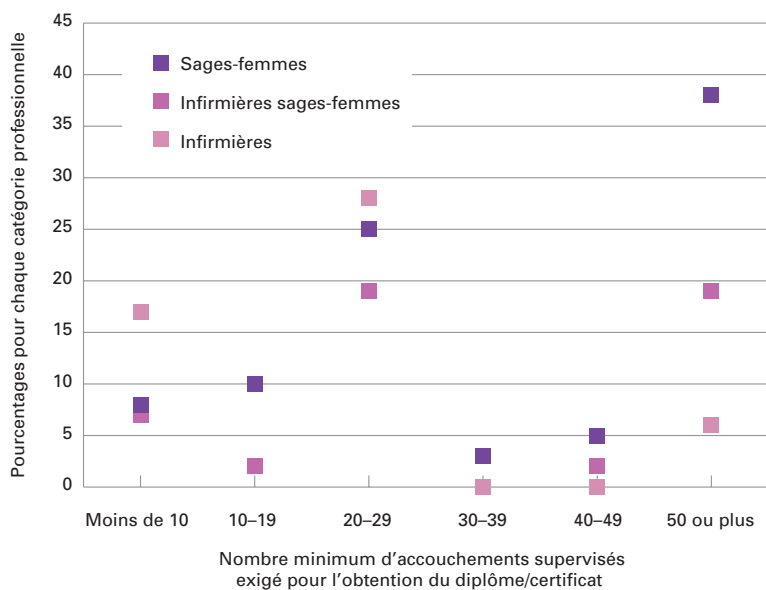
43 % des infirmières sages-femmes et 17 % des personnels infirmiers.

Les problèmes tenant au personnel enseignant sont également courants. Les difficultés du recrutement d'enseignants en nombre suffisant ont été signalées en rapport avec 82 % des sages-femmes, 62 % des infirmières sages-femmes et 39 % des personnels infirmiers. De même les difficultés du recrutement d'enseignants possédant les qualités requises concernent 77 % des sages-femmes, 62 % des infirmières sages-femmes et 39 % des personnels infirmiers. La rétention des enseignants pose aussi problème. Dans de nombreux pays, l'investissement dans la formation des enseignants est insuffisant et ceux-ci ne sont pas en mesure d'actualiser leurs connaissances théoriques ou leurs compétences en pratique clinique. Ceci limite la qualité de la formation dispensée, laquelle privilégie souvent les cours magistraux. Une telle situation a de graves répercussions sur l'aptitude à éduquer et à former des sages-femmes possédant les compétences requises pour dispenser toute la gamme des services nécessaires. Les plus grandes difficultés en matière de recrutement et de maintien des compétences des enseignants dans les programmes de formation de sages-femmes à admission directe peuvent provenir, dans certains pays, de la date récente de création de ces programmes et des dimensions réduites du groupe d'enseignants qualifiés possédant des aptitudes pédagogiques

et des connaissances spécialisées de la pratique de sage-femme qui peuvent être recrutés.

S'agissant des exigences des programmes de formation en matière de pratique clinique, le nombre d'accouchements que les sages-femmes doivent réaliser sous supervision avant l'obtention de leur diplôme/certificat varie selon les pays (voir la figure 11). D'après les indications des pays, le nombre médian est de 34 pour les sages-femmes, de 30 pour les infirmières sages-femmes et de 20 pour les personnels infirmiers. Ces nombres sont tous inférieurs au nombre d'accouchements supervisés recommandés à titre indicatif par l'ICM dans les directives accompagnant les normes de formation [16] qui encouragent à une planification prévisionnelle pour s'assurer que les apprenantes acquièrent les compétences pratiques requises; le nombre médian d'accouchements supervisés recommandé est de 50, bien qu'il en faille davantage à certaines apprenantes et moins à d'autres pour acquérir les compétences voulues. Des difficultés pour l'apport d'une expérience clinique suffisante ont été signalées pour 80 % des sages-femmes, 62 % des infirmières sages-femmes et 61 % des personnels infirmiers. En conséquence, dans de nombreux cas, les sages-femmes et les autres professionnels peuvent achever leur programme de formation sans avoir acquis une expérience pratique suffisante de l'accouchement.

FIGURE 11 **Nombre minimum d'accouchements à réaliser sous supervision clinique**



* Cet outil est en cours d'élaboration par l'ICM et Jhpiego en vue de son utilisation dans les pays à bas revenu et à revenu intermédiaire.

La plupart des sages-femmes et des personnels infirmiers suivent un cursus national dispensé dans tous les établissements d'enseignement (85 % des sages-femmes, 64 % des infirmières sages-femmes et 78 % des personnels infirmiers). LICM recommande que le cursus soit révisé tous les cinq ans [16] et il en a été ainsi pour 78 % des sages-femmes, 48 % des infirmières sages-femmes et 28 % des personnels infirmiers. C'est peut-être là une réflexion de l'augmentation du nombre de programmes de formation de sages-femmes à admission directe établis ces dernières années. Le contenu de ces programmes d'étude n'est généralement pas perçu comme s'opposant à une éducation de qualité, mais il pose problème à une minorité notable de personnels. Dans les pays où il n'y a pas de cursus standardisé, il n'existe des normes nationales pour évaluer la qualité de l'éducation que pour 33 % des sages-femmes et 38 % des infirmières sages-femmes.

Au nombre des moyens susceptibles d'améliorer la qualité de la formation des sages-femmes suggérés par les participants aux ateliers figurent l'application et la révision périodique de normes minimales pour les programmes d'étude (alignées sur les normes mon-

diales de l'ICM) et l'adoption de plans de perfectionnement des enseignants, avec notamment des sessions régulières de mise à niveau des connaissances et un processus formel d'agrément des enseignants/tuteurs/superviseurs. Les mesures suivantes ont également été proposées : recours accru à la formation par simulation et aux systèmes de simulation; réglementation/accréditation des établissements privés de formation des sages-femmes (encore que tous les établissements publics ne soient pas non plus réglementés ou accrédités, tant s'en faut); davantage de formation pratique dans les établissements de santé; amélioration du suivi et évaluation des établissements d'enseignement et de formation. L'augmentation de la formation en cours d'emploi et le perfectionnement professionnel sont perçus comme de bons moyens d'amélioration de la qualité, y étant inclus une supervision de soutien des enseignants/tuteurs. De tels investissements autoriseraient toute une gamme d'améliorations, notamment en matière de productivité, de compétence et de qualité des soins, d'obligations redditionnelles des prestataires de services envers les utilisatrices, de moral des personnels, de perfectionnement professionnel, de réglementation efficace et de collaboration entre différentes associations professionnelles. La participation des effectifs de SSRMN aux examens des décès maternels et périnataux aide à repérer les domaines où des améliorations sont possibles et à résoudre les problèmes systémiques.

Amélioration des mesures législatives et réglementaires et des mécanismes d'octroi de licence

L'appartenance aux sages-femmes du soutien et de la protection de la loi (en leur octroyant le droit officiel de pratiquer) reconnaît leur importance et leur valeur. Or, seuls 35 des 73 pays ayant répondu au questionnaire d'enquête (48 %) possèdent des dispositions juridiques qui reconnaissent la profession de sage-femme en tant que profession réglementée, et dans cinq de ces pays ces dispositions ne sont pas appliquées. Parmi les 54 pays qui ont répondu à la fois au questionnaire de 2011 et à celui de 2014, la part des pays possédant de telles dispositions n'a augmenté que légèrement (étant passée de 35 % à 37 %). On enregistre cependant certains progrès, puisque 12 pays ont signalé que des lois étaient en cours d'élaboration, mais il reste encore 26 pays où de telles mesures font défaut et qui ne sont pas en train de s'en doter.

Dans la quasi-totalité des pays ayant répondu au questionnaire de cette année, il existe au moins un organisme chargé de réglementer la pratique de sage-femme. Dans

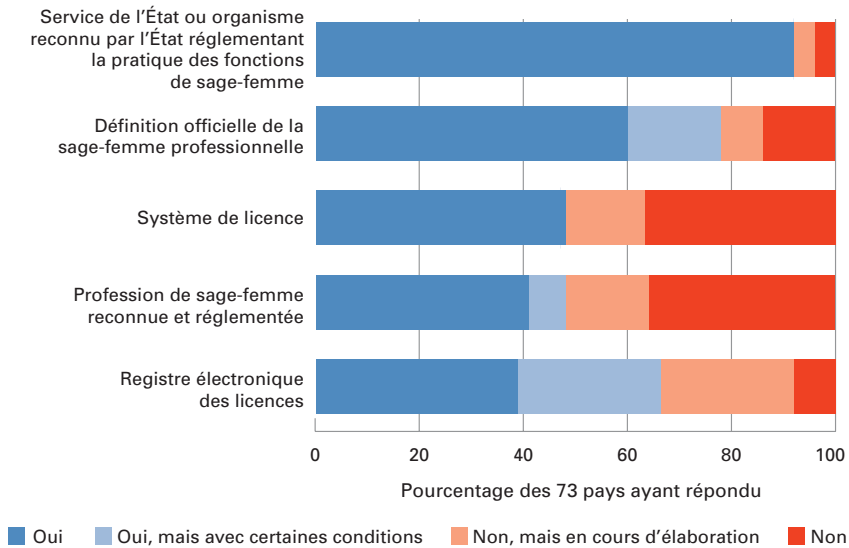


la moitié des pays (51 %), cette pratique est réglementée par le ministère de la Santé ou une autre entité gouvernementale et dans un nombre presque égal (47 %), il existe un organisme de réglementation, commission ou conseil, approuvé par les pouvoirs publics. Par ailleurs, quelques pays possèdent plusieurs organismes de réglementation. Seuls six des 73 pays n'en possèdent aucun, et trois d'entre eux (le Guatemala, la République démocratique du Congo et le Soudan du Sud) ont déclaré être entrain d'en mettre un en place. La présence d'une entité à pouvoir réglementaire est nécessaire mais pas suffisante pour assurer une réglementation efficace de la profession. Il avait été demandé dans le questionnaire d'enquête de préciser les attributions de l'organisme de réglementation (pour faciliter la comparaison avec les normes mondiales de l'ICM [18]). Comme l'illustre la figure 13, les principales attributions de ces organismes sont les suivantes : établissement de normes pour la pratique de sage-femme, enregistrement, imposition de sanctions en cas d'inconduite et définition de normes déontologiques. Relativement peu de pays ont fait mention des rôles d'accréditation des prestataires de services d'éducation ou de protection du diplôme professionnel de sage-femme.

Bien que la plupart des pays aient déclaré qu'un organisme de réglementation était chargé des fonctions représentées à la figure 13, les informations provenant des 37 ateliers ayant eu lieu dans les pays indiquent que tous ces organismes ne s'acquittent pas efficacement de ces fonctions en raison de problèmes divers : manque

Les sages-femmes, lorsqu'elles sont formées et réglementées selon les normes internationales, sont en mesure de dispenser des soins de qualité et peuvent avoir un impact positif sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale. (Jhpiego/Ali Khurshid)

FIGURE 12 **Règlementation de la profession de sage-femme et licences**



de description claire des compétences des sages-femmes, absence de normes nationales de formation des sages-femmes (en particulier dans le secteur privé) et manque de processus de réglementation opérants, suite à l'instabilité politique ou à l'insuffisance des ressources par exemple. Il est en effet indispensable que le système de réglementation dispose de ressources suffisantes et cela doit constituer une priorité pour l'amélioration de la qualité. Les participants aux ateliers ont examiné ces problèmes et ils ont suggéré notamment que la réglementation de la pratique de sage-femme soit distincte de celle des autres professions du secteur de la santé, mais que l'on veille à une coordination appropriée.

Les actes que sont autorisés à pratiquer les personnels des différentes catégories devraient être précisés par les mécanismes de réglementation, mais ceux-ci sont souvent peu efficaces. Dans certains pays, par exemple, les sages-femmes effectuent certaines des tâches essentielles, ou même toutes ces tâches, sans y être autorisées, souvent parce qu'elles sont les seules prestataires de soins présentes lorsque le besoin s'en manifeste. Les données de l'enquête sur l'état de la pratique de sage-femme permettent de comparer les activités autorisées et les activités effectives des sages-femmes en rapport avec les sept fonctions essentielles de SONUB ainsi qu'il est illustré à la figure 14. L'accouchement assisté par voie basse se distingue comme étant la fonction où la disparité entre la pratique autorisée et la pratique effective est la plus grande, 19 pays indiquant que les sages-femmes s'en acquittent bien qu'elles n'y soient pas autorisées.

Les sages-femmes sont également autorisées à dispenser au moins un type de produit de planification familiale dans 71 des 73 pays, les deux exceptions étant la Chine et l'Iraq. Dans 57 pays, elles peuvent dispenser les quatre types de produits mentionnés dans le questionnaire : injection contraceptive, pilule contraceptive, dispositif intra-utérin et contraception d'urgence (communément dite « pilule du lendemain »). L'autorisation n'offre, à l'évidence, aucune garantie de disponibilité ou de qualité; on note au niveau des pays très peu de corrélation entre le besoin de contraception non satisfait et le nombre de produits de planification familiale que les sages-femmes sont autorisées à dispenser. Sur les quatre types de contraceptifs mentionnés dans le questionnaire, la contraception d'urgence est celui qui est le moins fréquemment fourni par les sages-femmes, bien que 61 des 73 pays aient signalé qu'il l'était.

Une réglementation et des systèmes appropriés d'enregistrement et de délivrance de licence sont indispensables pour que les femmes ainsi que les sages-femmes soient protégées. Il existe des systèmes de délivrance de licence pour les sages-femmes dans 34 des 73 pays (47 %) et 11 autres pays (15 %) en mettent actuellement en place. Dans 33 de ces 34 pays dotés d'un tel système, les sages-femmes sont tenues d'obtenir une licence pour être autorisées à pratiquer. Mais ici aussi, l'existence d'un tel système, qui constitue une première étape cruciale, ne garantit pas l'application efficace du règlement. L'enquête illustre cette réalité : seuls 26 des 73 pays ont un système de renouvellement périodique des licences (généralement tous les ans ou tous les cinq ans) et seuls 17 font du perfectionnement professionnel une condition du renouvellement de la licence.

Il existe un registre des sages-femmes habilitées dans 48 des pays ayant répondu au questionnaire et 28 de ces pays ont un registre électronique. Parmi les 54 pays qui ont répondu à la fois au questionnaire d'enquête de 2011 et à celui de 2014, on constate une augmentation de 40 % du nombre de ceux qui sont dotés d'un registre électronique. Cette augmentation est appelée à se poursuivre, puisque 18 pays ont signalé leur intention d'en mettre un en place. Les registres sur papier sont actualisés moins fréquemment que les registres électroniques (10 % des pays à registre sur papier et 43 % des pays à registre électronique déclarent mettre leur registre à jour au moins une fois par mois).

Renforcement des associations professionnelles

Les 73 pays sauf le Turkménistan ont indiqué l'existence d'au moins une association professionnelle

(collège ou union) à laquelle peuvent appartenir les sages-femmes, les infirmières sages-femmes ou les sages-femmes auxiliaires. Cinquante et un des 73 pays sont représentés au sein de l'ICM et 45 au sein de l'ICN, ce qui établit des relations avec les organismes mondiaux et offre accès à l'appui de ceux-ci. Il existe au total, dans les 73 pays, 119 associations professionnelles, dont 71 (60 %) ont été fondées en 1990 ou plus récemment; presque toutes sont réservées spécifiquement aux sages-femmes et/ou aux personnels infirmiers. Quelques pays n'ont pas fait mention d'une association de sages-femmes ou d'infirmières mais ont signalé, par exemple, l'existence d'une association d'obstétriciens à laquelle les sages-femmes et les infirmières sages-femmes peuvent adhérer.

Bien que presque tous les pays aient indiqué le nom des associations, seuls 60 d'entre eux ont été en mesure de communiquer des données sur le nombre de membres de chacune d'elles. Dans ces 60 pays, les associations professionnelles comptent près de 670 000 membres (qui ne sont pas tous des sages-femmes ou des infirmières sages-femmes étant donné que certaines associations acceptent aussi les personnels de santé d'autres catégories). Les 50 pays ayant fourni des données sur le nombre de membres en exercice ont précisé que 86 % de ces membres pratiquent actuellement dans le pays, signe que les listes de membres sont raisonnablement tenues à jour dans ces pays.

Les « mesures vigoureuses » recommandées dans *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2011* concernant les associations professionnelles étaient entre autres que ces associations contribuent à l'élaboration des politiques et au plaidoyer en faveur de meilleures conditions de travail. Comme l'illustre la figure 15, près de la moitié des 119 associations jouent un rôle en matière de développement professionnel et près de la moitié aussi fournissent des conseils à leurs membres sur les normes de qualité des soins de SSRMN. Fait intéressant, 53 % prennent part à des négociations sur le travail ou le salaire avec les pouvoirs publics, fonction généralement réservée aux syndicats.

Les participants aux 37 ateliers organisés dans les pays ont émis plusieurs suggestions sur les moyens de renforcer les associations professionnelles, et notamment que des associations réservées aux sages-femmes soient créées, auxquelles toutes les sages-femmes seraient encouragées à adhérer. Ils ont également suggéré que les associations contribuent aux débats de politique et aux décisions clés concernant les services de SSRMN au niveau national et régional, et

FIGURE 13 Fonctions et attributions des organismes de réglementation

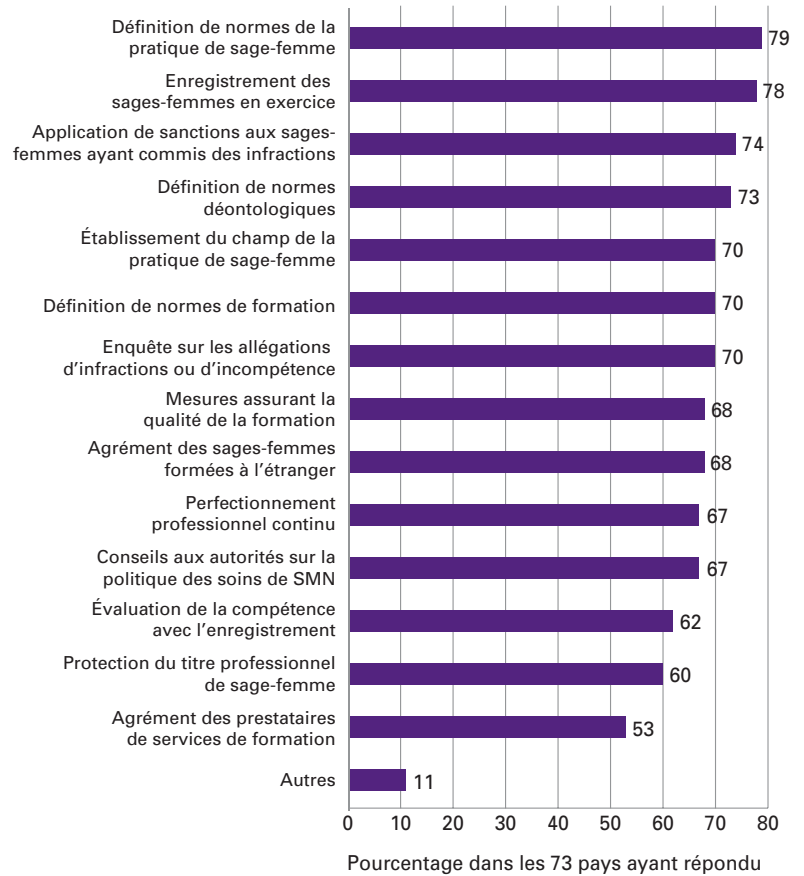
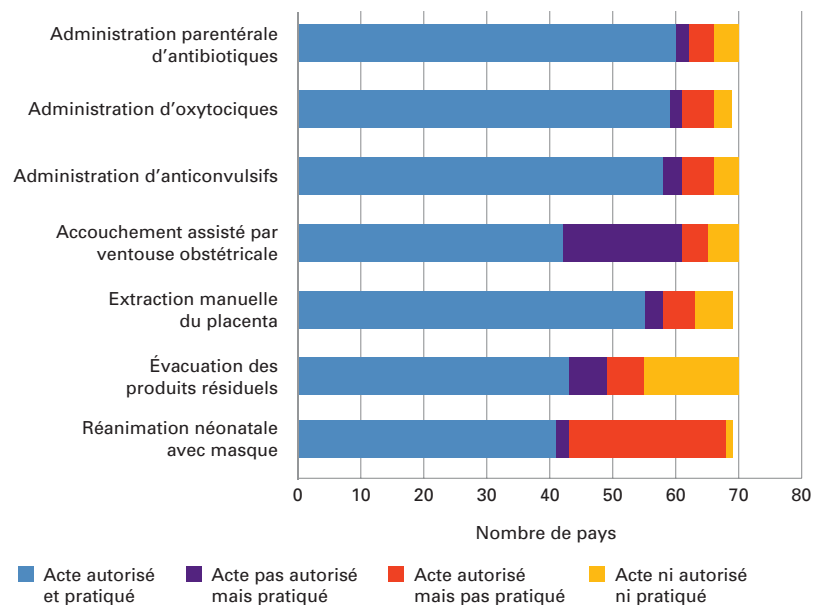


FIGURE 14 Fonctions fondamentales des SONU (niveau de base) : actes autorisés et actes pratiqués par les sages-femmes





Un environnement réglementaire efficace et sans ambiguïté renforce le rôle des sages-femmes et contribue à l'amélioration de la qualité des soins. (Jhpiego/Kate Holt)

qu'elles mènent des actions de plaidoyer pour accroître la visibilité de la profession et pour promouvoir les droits des personnels compétents dans la pratique de sage-femme; il serait utile, par exemple, d'améliorer les conditions de travail, la sécurité et l'avancement des personnels, d'accroître la collaboration et la coopération entre toutes les associations professionnelles du secteur de la santé et les autres parties prenantes de la SSRMN telles que les ONG, et de renforcer les capacités d'administration et de plaidoyer des associations [83].

Politiques et planification

L'alignement et la cohésion des instruments de politique et de planification ainsi que la disponibilité de données de renseignement stratégique sont essentiels pour assurer une couverture efficace des soins de

SSRMN dispensés par les sages-femmes de même que la qualité de ces soins.

Dans leurs réponses au questionnaire d'enquête, les 73 pays ont mentionné 276 politiques, plans et mesures législatives en place ayant trait à l'organisation des services de SSRMN ainsi qu'aux prestations et au suivi de ces services (soit près d'une moyenne de 4 par pays) et tous ont indiqué qu'il y avait au moins une politique/un plan/une mesure législative en vigueur. Soixante-huit pays ont un plan de santé national (dont le libellé exact varie), 66 ont un plan/une stratégie/une feuille de route ou un document analogue de SSRMN de niveau national, et des plans nationaux de RHS sont en place dans 52 pays. Sur ces 52 pays, 39 (75 %) ont déclaré que les cibles relatives aux effectifs de SSRMN définies dans leur plan de RHS sont fondées sur les cibles de couverture des services de SSRMN ou reliées à celles-ci telles qu'elles sont définies dans les plans nationaux de santé/SSRMN.

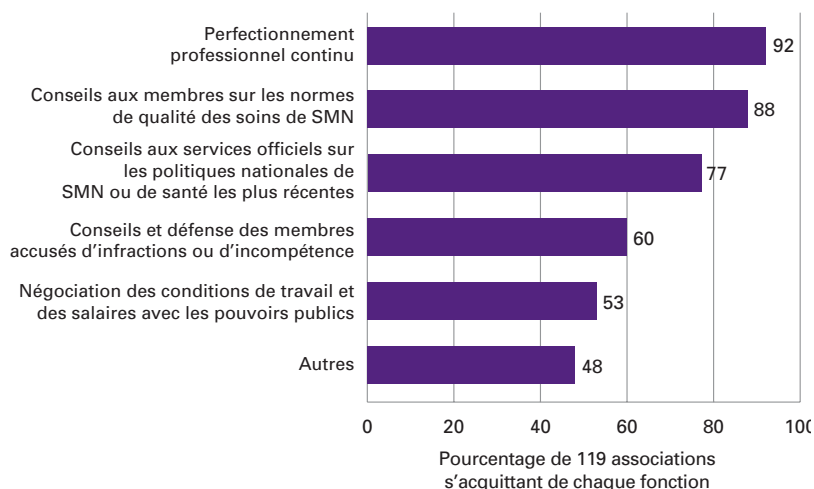
Vingt-cinq des 73 pays ont joint à leur réponse des documents de politique qui ont été catalogués en relation avec le Compendium 2014 du PMNCH/WHO [51] et d'après lesquels il apparaît que les politiques de la plupart d'entre eux englobent les domaines de la SSRMN et des RHS.

Sur les 47 pays qui ont signalé l'existence de catégories de personnel non professionnel, 12 ont communiqué des documents de politique, mais 4 seulement des documents mentionnant ou incluant expressément les agents de santé communautaires (ASC). Dans cet échantillon particulier, les politiques de ressources humaines de la santé semblent ne pas inclure les ASC dans le système sanitaire. En revanche, certains pays ont élaboré ou ont entrepris d'élaborer des politiques traitant spécifiquement des services communautaires et des rôles des ASC, et ces liens avec le système sanitaire sont encouragés.

Les pays qui possèdent des plans nationaux de santé, de SSRMN et/ou de RHS ont généralement indiqué que ces plans étaient de date récente (72 % d'entre eux ayant été publiés en 2009 ou plus récemment). La plupart sont encore actuels et couvrent des périodes allant jusqu'en 2014 ou après. Les plans nationaux de SSRMN sont généralement moins récents que les plans nationaux de santé et de RHS : la publication de 42 %, 12 % et 19 % d'entre eux respectivement est antérieure à 2009.

Il est important que les plans soient chiffrés afin de pouvoir prioriser les domaines de service dans le pays. Sur les 276 documents de politique indiqués, 170

FIGURE 15 **Fonctions des associations professionnelles de sages-femmes**





(62 %) contiennent des plans intégralement chiffrés. Les plans nationaux de santé et les plans nationaux de SSRMN sont plus fréquemment pleinement chiffrés (71 % et 70 % respectivement, contre 60 % des plans nationaux de RHS). Sur les 73 pays ayant répondu au questionnaire, 54 (74 %) ont noté que leurs documents de politique traitent expressément de ce que le pays entend faire pour améliorer les quatre aspects fondamentaux des services, à savoir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de ceux-ci. Il convient de noter, toutefois, que l'existence d'un document de politique ne garantit pas la mise en œuvre efficace de cette politique.

En résumé

Si notre objectif est d'assurer une couverture universelle effective des services offerts par les sages-femmes aux femmes, sans distinction de richesse, de lieu de résidence ou d'âge, nous devons tenir compte simultanément des composantes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité des services, dont le manque freine les progrès des pays et exclut certains segments de leur population.

De nombreux pays ont pris des mesures pour assurer la disponibilité des effectifs nécessaires, mais il reste beaucoup à faire pour remédier aux pénuries ou aux déficits de la composition des personnels compétents dans la pratique de sage-femme de manière à assurer le progrès sur la voie de la couverture universelle. La diversité constatée d'un pays à l'autre en matière de typologie et de composition des personnels de santé contribuant à l'apport de services de SSRMN est frappante, mais il est possible, au moyen de l'information recueillie dans l'enquête de cette année, d'évaluer les rôles, les compétences, la formation et les contributions des effectifs de chacune des catégories concernées. Étant donné que beaucoup de ces agents ne consacrent pas 100 % de leur temps à des tâches relevant de la SSRMN, il est important de calculer les effectifs en équivalents temps plein dans chaque pays pour comparer la disponibilité des services et le besoin de services. À l'évidence, cette information, ainsi qu'un minimum de données sur les effectifs, est requise pour fournir des renseignements stratégiques qui éclairent les processus de formulation des politiques et de planification. Les pays pourront faire usage de cette information pour gérer activement la formation des personnels compétents dans la pratique de sage-femme, offrir aux personnels employés une rémunération appropriée, et promouvoir de manière efficace la carrière de sage-femme. Ils s'assureront de la sorte que les effectifs futurs répondent aux besoins des populations futures.

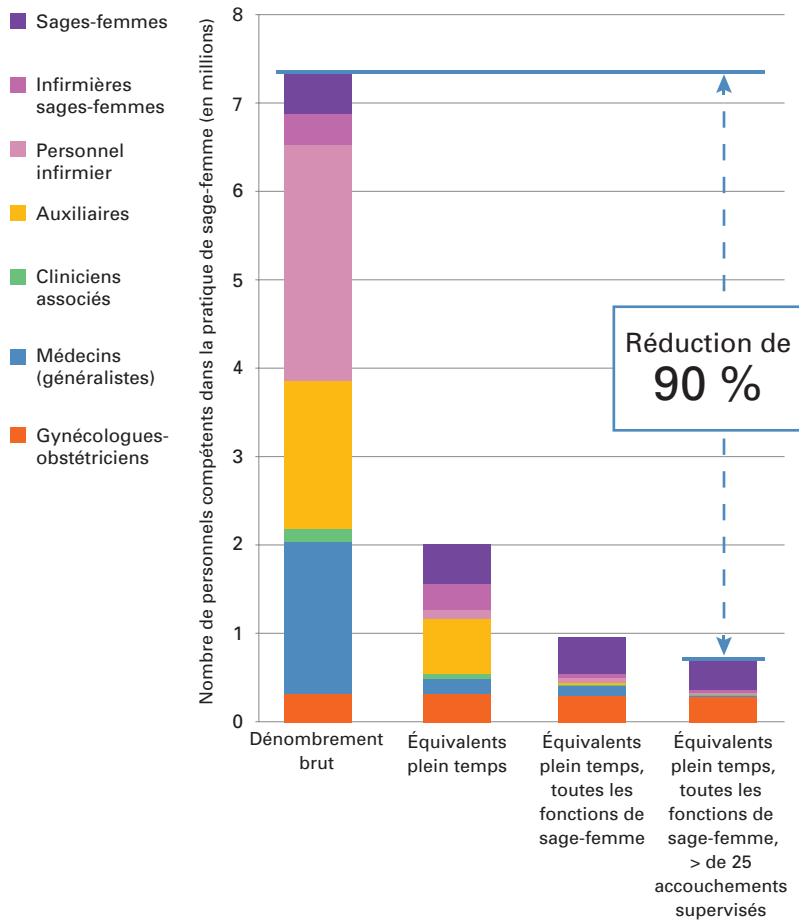
Qualité

- ▶ Il existe dans l'infrastructure, les ressources et les systèmes des carences généralisées qui ont des effets négatifs sur l'éducation des sages-femmes.
- ▶ Au nombre des principaux obstacles à l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes figurent les insuffisances de l'enseignement secondaire, le manque de personnel enseignant, la médiocrité du matériel, le manque de possibilités de formation pratique et le manque de salles de classe.
- ▶ Le nombre d'accouchements que les sages-femmes réalisent sous supervision avant l'obtention de leur diplôme/certificat varie selon les pays et peut être insuffisant pour satisfaire aux exigences en matière de compétence.
- ▶ La quasi-totalité des pays ayant répondu au questionnaire possèdent au moins un organisme de réglementation, mais beaucoup n'ont pas de dispositions législatives reconnaissant la profession de sage-femme comme une profession réglementée, décrivant clairement les compétences requises et les normes d'éducation, et comportant des processus d'application des règlements.
- ▶ Presque tous les pays ont indiqué l'existence d'au moins une association professionnelle à laquelle peuvent appartenir les sages-femmes, 80 % ont fourni des données sur le nombre de sages-femmes y appartenant et 75 % savaient qui pratiquait la profession dans le pays.
- ▶ Parmi les 54 pays qui ont répondu à la fois au questionnaire d'enquête de 2011 et à celui de 2014, on constate une augmentation de 40 % du nombre de ceux qui sont dotés d'un registre électronique de sages-femmes agréées.
- ▶ L'alignement et la cohésion des instruments de politique et de planification en matière de SSRMN et de RHS sont essentiels pour assurer une couverture efficace des soins de SSRMN dispensés par les sages-femmes : 75 % des pays ont déclaré que les cibles relatives aux effectifs de SSRMN définies dans leur plan de RHS sont reliées au plan national de SSRMN ou de santé.
- ▶ Sur les 276 documents de politique indiqués, 62 % contiennent des plans intégralement chiffrés et parmi ceux-ci, les plans de SSRMN sont plus souvent intégralement chiffrés que les plans de RHS.

Les pays devraient également poursuivre leurs efforts pour se doter de plans qui améliorent l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins. L'accessibilité peut être prise en considération au moyen de SIG et d'outils appropriés visant à l'équité, et en veillant à ce que le paquet national de prestations minimales garanties en matière de SSRMN comprenne toutes les interventions essentielles. L'acceptabilité doit être reconnue comme une composante importante des soins : il faut prendre des mesures pour réduire le manque de respect dans les soins et promouvoir au contraire la sensibilité aux besoins sociaux et culturels; il faut aussi une recherche robuste sur les perceptions et les attitudes des femmes envers les personnels compétents dans la pratique de

sage-femme. Enfin, la mortalité maternelle et néonatale restera élevée tant que l'on n'accordera pas à la qualité des soins l'attention nécessaire. Les pays devraient améliorer la qualité de la formation des sages-femmes, de la réglementation de la profession et des associations professionnelles, et remédier aux lacunes fréquentes pour progresser sur la voie d'une couverture effective.

FIGURE 16 Personnels compétents dans la pratique de sage-femme : de la disponibilité à la qualité



La figure 16 illustre le manque de couverture effective dû aux problèmes de disponibilité et de qualité : la disponibilité de tous les agents qui constituent les personnels compétents dans la pratique de sage-femme des 73 pays inclus dans le rapport de cette année et de ceux qui ont le temps réservé, les rôles autorisés, la formation pratique et les compétences requises pour dispenser des soins de qualité. Les limitations de la couverture découlant de manques dans ces deux domaines sont substantielles (sans parler des problèmes de l'acceptabilité et de l'accessibilité).

La réduction de ce manque exige dans un premier temps le recueil de données sur la proportion de personnels compétents dans la pratique de sage-femme disponibles qui consacrent tout leur temps aux soins de SSRMN, le nombre d'étudiantes susceptibles de venir accroître les effectifs à l'avenir, les lieux d'affectation des agents de santé, les réactions des femmes et des communautés devant les services reçus, et l'appui apporté par le plan de RHS aux stratégies de SSRMN.

Il faut pour parvenir à ces fins un leadership solide pour accorder la priorité à la pratique de sage-femme et affecter des ressources à l'appui de cette nouvelle approche de la planification des effectifs et des services.

LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME 2030



Le chapitre 2 du présent rapport a décrit l'état de la pratique de sage-femme dans le monde tel qu'il ressort de l'analyse des données issues des enquêtes et des ateliers ainsi que de données secondaires pour 73 des 75 pays de l'initiative *Compte à rebours*. Il a exposé les progrès accomplis depuis 2011 et a consolidé les bases factuelles sur lesquels pourra s'appuyer au sein des pays un dialogue politique plus solide sur les obstacles, les défis et les réponses possibles. Les similitudes et les différences entre les pays ont été mises en évidence, de même que les mesures vigoureuses que prennent un grand nombre d'entre eux pour renforcer les personnels compétents dans la pratique de sage-femme.

Le présent chapitre décrit l'initiative de *La pratique de sage-femme 2030*, qui comporte 10 objectifs et un processus de politique et de planification visant à leur réalisation. À partir des informations sur la situation actuelle des pays, il oriente ses regards vers l'avenir pour déterminer quelle pourra être leur situation en 2030. Il propose aux décideurs, aux professionnels de la santé, aux parties prenantes et aux partenaires qui les appuient des suggestions supplémentaires fondées sur les faits en vue du renforcement de la pratique de sage-femme, de l'amélioration des services de SSRMN et de l'accélération des progrès de la réalisation des OMD ainsi que de la CSU. Il se concentre sur les modalités possibles de la collaboration des pouvoirs publics et de leurs partenaires pour s'acquitter de leurs obligations internationales et pour assurer la réalisation des droits des femmes aux services de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né.

Perspectives d'avenir : horizon 2030

Ainsi qu'il a été noté au chapitre 2, le nombre annuel de grossesses dans le monde doit, selon les projections pour la période 2014-2030, rester constant et se maintenir à 160 millions. Toutefois, les régions, les pays et les communautés urbaines et rurales auront des besoins très différents, ce qui exigera pour chacun d'eux des politiques adaptées pour élaborer en matière de ser-

vices et d'effectifs de santé des solutions adaptées aux spécificités du contexte. La figure 17 illustre les changements projetés des besoins des populations concernant les contacts clés de soins de SSRMN : visites de planification familiale, quatre visites de soins prénatals, accouchements assistés et quatre visites postnatales.

Le chapitre 2 a également noté l'importance de savoir si des professionnels de la santé sont disponibles, accessibles, acceptables et capables de dispenser des soins de qualité pour que les pays puissent s'assurer que les femmes et les nouveau-nés aient les soins dont ils ont besoin. Fait encourageant, il est projeté que 16 pays (22 %) posséderont des effectifs compétents dans la pratique de sage-femme qui, en disponibilité et en éventail de compétences, seront potentiellement en mesure de fournir au moins les 46 interventions essentielles à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés [1]. Inversement, 57 pays (78 %) font face à des déficits projetés de sages-femmes (en personnel équivalent plein temps et/ou en éventail de compétences).

Les nouveaux modèles de pratique où les soins sont proches des femmes et des communautés favorisent l'accès aux services de santé. (Jhpiego/Kate Holt)



Dans les pays où les « besoins satisfaits » projetés (disponibilité du personnel par rapport au besoin de services de SSRMN) ne sont pas universels, il faut élaborer des solutions qui permettront d'assurer la réalisation des droits de la femme aux soins de SSRMN. Dans les 16 pays où la satisfaction projetée des besoins dépasse 90 %, des débats de politique s'imposent cependant. Il peut se faire, par exemple, que 100 % des besoins soient satisfaits dans un pays donné, mais qu'il subsiste des déséquilibres dans l'éventail des compétences nécessaires (trop de médecins et pas assez de sages-femmes, par exemple) pour assurer la présence d'équipes efficaces de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et un emploi efficient des ressources. Lorsque les projections dépassent 90 %, il y a lieu d'analyser : la validité des données fournies, l'équité de la couverture, l'efficacité des personnels, l'alignement de l'éducation et de l'emploi et, au-delà des chiffres, la qualité des personnels et des services. Il est de même important de déterminer si la satisfaction globale des besoins dissimule des disparités économiques, géographiques ou sociales au sein du pays (par exemple une concentration du personnel dans les grandes villes, et donc une répartition non équitable de celui-ci, qui se traduit par des carences des services en milieu rural).

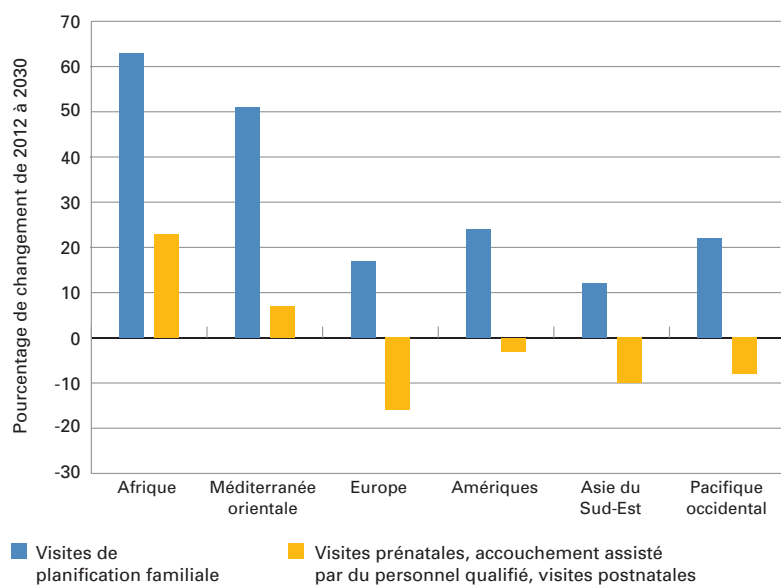
Les 46 interventions essentielles sauvent des vies [1]. Mais les femmes et les nouveau-nés ont droit à la couverture universelle [2], ce qui va au-delà des interventions et exige l'adoption de nouvelles approches pour assurer aux femmes une bonne santé sexuelle et reproductive,

notamment des grossesses et des accouchements dans de bonnes conditions de santé ainsi que des soins de soutien et de prévention respectueux. La section ci-dessous contient à l'intention des décideurs politiques et des partenaires de tous les pays des éléments à considérer pour déterminer le point où ils sont parvenus sur la voie de la couverture universelle, et combien de progrès il leur reste à faire. Des améliorations sont possibles pour toutes les communautés de tous les pays.

Promoteurs de la santé, systèmes de santé et financement de la santé

Le rapport de la Commission sur l'investissement dans la santé de The Lancet intitulé *Global health 2035: a world converging within a generation* [Santé mondiale 2035 : un monde convergent en l'espace d'une génération], publié en décembre 2013, souligne le fait que des capacités financières et techniques sont aujourd'hui disponibles pour réduire considérablement les infections, la mortalité infantile et maternelle et les maladies non communicables [3]. La combinaison de la croissance économique dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et de la disponibilité croissante de technologies sanitaires avancées fait qu'une « grande convergence » en matière de santé est réalisable en l'espace d'environ deux décennies [3]. Les investissements dans la santé pourraient prévenir quelque 10 millions de décès d'ici 2035 [3]; investir, en particulier dans la santé des femmes et des enfants, apportera des gains sanitaires, sociaux et économiques substantiels [4]. Pour obtenir un bon rendement de l'investissement, les pays devront tenir compte des changements survenant dans la santé, les systèmes de santé et les facteurs financiers, ainsi que dans le contexte général des politiques (voir l'encadré 9).

FIGURE 17 **Évolution des besoins de SSRMN de la population de 2012 à 2030 (projections), par région de l'OMS**



La Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (la Stratégie mondiale) [22] appuyée par la campagne *Chaque femme, chaque enfant* [23] se concentre sur la réduction des inégalités et est appelée à jouer un rôle majeur dans le domaine de la SSRMN à l'horizon 2030. Dans ce contexte, les principaux outils suivants ont été élaborés. En 2011, la Commission de l'information et de la redevabilité en matière de santé de la femme et de l'enfant [24], organe de la Stratégie mondiale, a souligné la nécessité d'une amélioration du recueil des données et d'un renforcement de la responsabilisation de toutes les parties prenantes de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile [SRMNI], ce qui a abouti à la création du Groupe d'experts chargé d'examiner la question de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant [25, 26]. La Commission sur les produits d'importance vitale [27] a défini en 2012 les produits essentiels de la SRMNI et les stratégies d'apport.

Enfin en 2013, le Cadre mondial d'investissement pour la santé de la femme et de l'enfant [4] est venu ajouter au tableau une perspective financière, exposant en détail les avantages sanitaires, sociaux et économiques susceptibles d'être dégagés (certains pouvant être multipliés par 9).

Les changements intervenant sur le marché de la santé se répercuteront sur le financement des systèmes sanitaires et sur la capacité des pays à répondre aux besoins de leurs populations, en particulier à ceux des adultes et des adolescents les plus démunis et les plus défavorisés [12]. Aux alentours de 2030, on verra se poursuivre les innovations technologiques, la hausse des revenus, l'amélioration de l'éducation des consommateurs et de la demande, l'augmentation de la disponibilité de l'information, et l'urbanisation, et l'on assistera un accroissement des catastrophes naturelles dues aux événements météorologiques [12, 28]. Les interactions entre les consommateurs, les personnels de santé et les prestataires et entre le secteur public et le secteur privé de la santé, alliées à un renforcement de la croissance économique, influen-

ront elles aussi sur l'accès aux systèmes de santé et sur la couverture sanitaire universelle [29].

Ces changements, ces facteurs et ces initiatives se conjuguent pour apporter aux pays une occasion unique de progresser rapidement sur la voie de la réalisation du droit universel d'accès à des services de SSRMN de grande qualité, l'une des principales composantes de ceux-ci étant les services des sages-femmes.

La pratique de sage-femme 2030 : Élaboration des politiques et planification

La plupart des femmes et des enfants sont en bonne santé et ont besoin du système de santé et des prestataires de soins pour les aider à le rester. L'initiative *La pratique de sage-femme 2030* part du principe que les femmes enceintes sont en bonne santé, sauf s'il se présente des complications ou des signes de complications, et que les soins de SSRMN permettent d'appliquer des mesures préventives et d'appui avec, en cas de besoin, accès aux soins d'urgence. *La pratique de sage-femme 2030*

ENCADRÉ 9

Facteurs promoteurs et changements dans le domaine de la santé

Les facteurs promoteurs et les changements principaux sont les suivants :

- Des évolutions notables de la composition démographique et du fardeau des maladies comprenant notamment une mobilité et une urbanisation accrues [5] et un vieillissement [5,6]. La croissance démographique aura des effets négatifs sur la capacité de nombreux systèmes de santé à fournir des personnels en nombre suffisant et à assurer une couverture appropriée.
- Des progrès sur la voie de la CSU seront obtenus par une amélioration de la répartition des ressources pour fournir des services de santé de qualité, remédier aux inégalités et éliminer les obstacles financiers qui s'opposent à l'accès, tout en contribuant à la satisfaction des besoins des populations et à la réalisation des cibles [7-9].
- Les maladies non communicables [10], comprenant le diabète, les cancers, les maladies cardiovasculaires et la dépression, voient leur prévalence croître, et le VIH/sida ainsi que d'autres maladies infectieuses deviennent des affections chroniques, à mesure que l'accès aux traitements efficaces s'élargit.
- Les maladies mentales, les addictions et la violence sexiste [6] augmentent.
- L'accroissement de l'éducation des consommateurs et de la demande exigera des initiatives résolues visant à renforcer la responsabilisation, à favoriser les approches axées sur les droits, l'équité et l'autonomisation, et à assurer une réelle participation des individus et de la société civile aux processus d'élaboration des politiques [11].
- Au nombre des changements de l'environnement du marché de la santé figurent les innovations technologiques, la hausse des revenus, l'accroissement de la disponibilité de l'information [12] et la montée du secteur privé de la santé.
- Les engagements pris dans de nombreux pays [13] en matière de santé sexuelle et reproductives et des droits y relatifs [14], d'égalité des sexes [15] et de santé des adolescents [16] permettront aux femmes de participer pleinement aux processus décisionnels ayant trait à leur

santé sexuelle et reproductive et sont susceptibles de réduire considérablement la discrimination à l'égard des femmes et des filles [13,14].

- Les systèmes de santé recourront de plus en plus aux technologies de l'e-santé et de la m-santé [17].
- La qualité des soins verra son importance s'accroître de même que s'accroîtra la valeur qu'y attachent les consommateurs [3].
- Les variations de l'attractivité des carrières et du contexte de l'emploi dans le secteur de la santé pourront se répercuter sur la stabilité des effectifs de santé à moyen et à long terme [18,19].
- Les changements relatifs à l'aide publique au développement amèneront de nouveaux donateurs, dont des pays non membres du Comité d'aide au développement, des philanthropes et de bailleurs de fonds, à combattre les changements climatiques [20]; ces donateurs auront de plus en plus recours à des véhicules fiables, efficaces et efficients de décaissement des apports, tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme [21].

Source : Caroline Homer, University of Technology, Sydney



La pratique de sage-femme 2030 vise à aider les femmes et les enfants à rester en bonne santé en accroissant la couverture et la qualité des soins. (Guifty Banka)

propose une voie cohérente de politique et de planification pour guider l'apport de services aux femmes et nouveau-nés au long des deux continuums de soins de SSRMN : de la santé sexuelle et reproductive à la période postnatale (selon qu'il est nécessaire) et du niveau communautaire aux hôpitaux de référence. L'initiative se concentre sur l'accroissement de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des services de santé et des prestataires de soins aligné sur les trois composantes de la CSU : l'élargissement de la couverture (qui consiste à atteindre une plus grande part de la population), l'expansion du paquet de services de base et essentiels (expansion des services) tout en protégeant la population des difficultés financières (accroissement de la protection financière). *La pratique de sage-femme 2030* vise aux 10 objectifs suivants :

1. Toutes les femmes en âge de procréer, y inclus les adolescentes, ont un accès universel aux services de sage-femme lorsque le besoin s'en présente (première et deuxième composantes de la CSU).
2. Les pouvoirs publics mettent en place un environnement de politique favorable et en sont tenus responsables.
3. Les pouvoirs publics et les systèmes de santé mettent en place un environnement pleinement fonctionnel et en sont tenus responsables.
4. Le recueil et l'analyse des données font partie intégrante des prestations de services et du développement des services.
5. Les services de sage-femme occupent une place prioritaire dans les budgets nationaux de la santé; toutes les femmes bénéficient d'une protection financière

universelle (troisième composante de la CSU).

6. Les services de sage-femme sont fournis dans le cadre d'une pratique collaborative par des professionnels de la santé, des personnels auxiliaires et des travailleurs de la santé dits non professionnels.
7. Les soins de sage-femme de premier niveau sont proches de la femme et de sa famille et la transition au niveau de recours suivant s'effectue sans heurts (voir la figure 18).
8. Les personnels compétents dans la pratique de sage-femme, dans les communautés et les établissements de santé, sont appuyés par une éducation de qualité, des règlements et une gestion efficace des ressources humaines et autres.
9. Tous les professionnels de la santé dispensent des soins de qualité et respectueux et sont dotés des moyens de ce faire.
10. Les associations exercent leur leadership auprès de leurs membres pour favoriser les prestations de soins de qualité par le biais du plaidoyer, de l'implication dans le processus politiques et de la collaboration.

Phase de mise en œuvre

Des changements transformateurs devront être instaurés dans les pays pour assurer la transition devant mener des réalités décrites au chapitre 2 à la réalisation des objectifs de *La pratique de sage-femme 2030*. Une collaboration active est requise :

- Pour reconcevoir les modèles de pratique de manière à maintenir les femmes et les nouveau-nés au centre des soins;
- Pour établir un environnement professionnel habilitant, avec notamment une éducation, une réglementation et des associations professionnelles de grande qualité;
- Pour établir un environnement de pratique habilitant par le biais d'un réseau de référence efficace et d'un système de gestion des ressources humaines qui assure simultanément une supervision de soutien, une formation continue et un lieu de travail sûr et porteur;
- Pour autoriser une collaboration et un travail d'équipe intradisciplinaire et interdisciplinaire à tous les niveaux depuis celui de la communauté jusqu'au niveau tertiaire.

Reconception des modèles de pratique

La pratique de sage-femme 2030 préconise des modèles de pratique qui situent les femmes et les nouveau-nés au centre des soins. Le chapitre 2 a signalé les lacunes

qui existent dans le continuum de soins dans de nombreux pays, et notamment le manque d'attention accordée aux soins durant la grossesse et après l'accouchement et en matière d'accès à la planification familiale. L'initiative intègre l'ensemble du continuum de soins allant des soins de santé sexuelle et reproductrice, à la pré-grossesse, la grossesse, l'accouchement et les soins postnatals jusqu'aux premiers mois de vie du nouveau-né [32]. Elle peut répondre aux besoins de l'adolescente [16] et comprend l'accès à des services culturellement sensibles et appropriés de planification familiale, d'avortement médicalisé (conformément aux normes des droits de la personne [31] et lorsque la loi ne l'interdit pas, respectivement) et de soins de post-avortement pour toutes les femmes.

Les modèles de pratique doivent être favorables à des prestations de soins de premier niveau aussi proches que possible du domicile des femmes et des communautés, tout en assurant l'accès à des consultations et à un aiguillage vers des niveaux de service supérieurs. Pour améliorer l'accès à des services de sages-femmes et à des soins obstétricaux, conformément aux niveaux minima de couverture recommandés [32], il pourra être plus efficace de renforcer les capacités d'établissements spécifiques (établissements fonctionnant bien et suffisamment dotés en personnel) ou d'accorder des avantages incitatifs à ceux qui parviennent à une répartition géographiquement équitable des services, au lieu d'implanter dans tous des services d'accouchement.

Une utilisation efficace des personnels de santé et une collaboration avec les travailleurs non professionnels et les bénévoles de niveau communautaire faciliteront l'accès à des soins efficaces par rapport au coût, tout particulièrement pour les femmes et les familles vivant dans des régions isolées ou en milieu urbain pauvre sans moyens de transport. Des unités de premier niveau dirigées par une sage-femme [33] pourraient être établies à proximité des communautés, appuyées par des ASC et des accoucheuses traditionnelles qui aident les femmes à accéder au système de santé et facilitent la prestation de soins respectueux et sensibles aux spécificités culturelles [34].

Dans ces modèles de pratique, il faut veiller à ce qu'il soit fait un emploi efficace des effectifs de la santé. L'enquête menée sur l'état de la pratique de sage-femme de 2014 montre que de nombreux personnels compétents dans la pratique de sage-femme consacrent une part importante de leur temps à d'autres tâches, ce qui détourne l'attention des services de SSRMN. Pour le soin des femmes et des nouveau-nés qui sont généralement en bonne santé et considérés comme exposés à des risques normaux, l'option la plus rentable est sans doute offerte par la sage-femme qui a une formation appropriée (quelle que soit la filière), dont la profession est réglementée et qui bénéficie d'un soutien pour dispenser des soins dans un environnement de pratique sûr et propice à la collaboration. Des personnels de SSRMN moins nombreux, compétents et focalisés seront selon toute vraisemblance plus

FIGURE 18 **Caractéristiques essentielles des soins de premier niveau dispensés par les sages-femmes et des soins de recours**

	Soins de premier niveau	Soins de recours*
Caractéristique essentielle	Proximité de la femme et de sa famille, démedicalisés mais professionnels.	Services de niveau secondaire et tertiaire avec transfert sans heurts, collaboration interdisciplinaire et respect professionnel.
Pour qui ?	Pour chaque mère et chaque nouveau-né.	Pour chaque mère et chaque nouveau-né présentant des facteurs de risque qui ne peuvent pas être résolus au niveau des soins de sages-femmes.
Par qui ?	De préférence par une sage-femme; à défaut par des médecins ou des cliniciens associés si ceux-ci sont convenablement formés et réglementés.	De préférence par une équipe œuvrant en collaboration comprenant des sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres et autres médecins spécialistes selon les besoins ; à défaut par des médecins et des cliniciens associés ayant reçu une formation appropriée (y inclus de niveau avancé).
Où ?	De préférence dans un établissement dirigé par une sage-femme; également dans les hôpitaux dotés d'une maternité.	Dans tous les hôpitaux.

Source : Adapté d'après le Rapport sur la santé dans le monde 2005 [30] et WHO Optimize MNH [31].

* Les soins de recours comprennent les consultations et le travail en équipe appropriés ainsi que l'aiguillage, lorsqu'il y a lieu ou qu'il est demandé, vers les services de niveau secondaire ou tertiaire.

efficaces par rapport au coût en ce qui concerne l'éducation continue, la réglementation et la supervision.

Les ASC et les accoucheuses traditionnelles continueront, dans les années à venir, de figurer dans les modèles de prestations de services, notamment dans les pays qui connaissent de graves pénuries de personnels de santé. Dans les communautés où les ASC et les accoucheuses traditionnelles sont respectés, ils peuvent convaincre les femmes de recourir aux services des sages-femmes [35,36] et fournir des informations de base sur la santé, l'hygiène de vie durant la grossesse, les options d'accouchement à moindre risque, le soin des nouveau-nés, la nutrition, le soutien à l'allaitement, la planification familiale et la prévention de l'infection par le VIH. Des relations officielles et officieuses entre les services d'accouchement traditionnels des communautés et les services de santé professionnels peuvent faciliter à la fois l'emploi efficace des ressources disponibles et l'accès à des soins respectueux et de qualité [36-38]. De telles relations peuvent également constituer pour les agents communautaires une porte d'entrée dans la profession de sage-femme par le biais de programmes de formation appropriés

Les objectifs de *La pratique de sage-femme 2030* peuvent être réalisés par des modèles de pratique où la sage-femme joue un rôle directeur. Des données solides provenant de pays à revenu moyen de la tranche supérieure et à revenu élevé indiquent que les modèles de soins dispensés par une sage-femme, en particulier ceux où la continuité des soins et des prestataires est assurée, apportent des avantages et des économies de coûts appréciables sans s'accompagner d'effets adverses [33,39-42]. Les avantages de ces modèles de soins sont les suivants : continuité des soins et des prestataires; suivi du bien-être physique, psychologique et social de la femme et de sa famille; éducation individualisée; conseils et soins prénatals; présence constante au décours du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat; minimisation des interventions technologiques; repérage des parturientes exigeant des soins spécialisés et aiguillage vers des établissements de recours [43]. Les soins dispensés par les sages-femmes peuvent l'être au niveau communautaire s'il y a accès à des moyens de transport pour le transfert vers les établissements de recours pour réduire les retards inutiles [43].

Établissement d'un environnement professionnel habilitant

La réalisation des objectifs proposés par *La pratique de sage-femme 2030* exige l'instauration d'un environnement professionnel habilitant pour appuyer des

programmes de formation, des dispositions de réglementation et des associations professionnelles efficaces [43], souvent signalés comme faisant défaut.

Nombreuses sont de par le monde les sages-femmes qui œuvrent dans des conditions difficiles, dangereuses et isolées avec un équipement insuffisant, qui sont exposées elles-mêmes à la violence sexiste et sont mal rémunérées, et dont les conditions de travail ainsi que l'accès au perfectionnement professionnel laissent à désirer; tous ces facteurs font obstacles à l'apport de soins de haute qualité [54]. Les mauvaises conditions de travail réduisent leur capacité ou leur volonté de continuer de pratiquer : beaucoup de sages-femmes cèdent aux frustrations inspirées par leur situation et leur rôle et démissionnent [46] ou atteignent l'âge de la retraite fixé arbitrairement. Un environnement professionnel habilitant permet aux sages-femmes d'établir des relations authentiques avec les femmes, d'accéder à l'autonomie professionnelle avec une certaine flexibilité, ce qui leur permet de contrôler, d'organiser et de prioriser elles-mêmes leur travail, d'accéder à une supervision de soutien, de réfléchir à la pratique avec leurs collègues et leurs paires, de partager des idées et des informations, et d'optimiser les prestations de services [45,47].

Éducation, réglementation et associations

Les composantes suivantes sont indispensables pour assurer l'instauration d'un environnement professionnel habilitant :

1. Une éducation de qualité, des possibilités de perfectionnement professionnel et un parcours de carrière. Il s'agit ici de rendre la profession de sage-femme plus attractive en tant que carrière, d'offrir des filières de formation comportant des possibilités suffisantes d'acquisition d'expérience clinique, de disposer d'un personnel enseignant bien préparé et des programmes dotés de ressources suffisantes, d'élaborer ou d'appliquer des systèmes d'accréditation selon des normes et des critères mesurables, de fournir un environnement sans danger et propice à l'apprentissage, et de favoriser l'engagement des communautés de manière à ce que les compétences acquises par les sages-femmes répondent aux besoins communautaires, et à ce que celles-ci soient en mesure de dispenser des soins respectueux et sensibles aux réalités socioculturelles.

Une éducation initiale et un perfectionnement professionnel de qualité doivent faire en sorte que les sages-femmes possèdent et retiennent les compétences requises pour exercer leur profession de manière efficace, qu'elles

puissent acquérir des compétences cliniques avancées en SSRMN si elles le souhaitent, ou qu'elles aient la possibilité de suivre des formations en matière de leadership et de gestion pour exercer des fonctions de dirigeantes dans le domaine de la SSRMN. Les programmes de perfectionnement professionnel continu seront de plus en plus dispensés par le biais des technologies de l'information et des communications, pour assurer un apprentissage mixte unissant l'e-apprentissage et les rencontres face à face, éventuellement dans des centres éducatifs de niveau local ou régional.

2. Un système de réglementation robuste et fonctionnel, comportant l'enregistrement et la délivrance de licences et intégrant les normes et les codes acceptés sur le plan international tout en répondant aux besoins spécifiques du pays et aptes à accréditer les programmes d'éducation et les cadres de perfectionnement professionnel continu de telle manière que les renouvellements périodiques de licences et le maintien des compétences puissent faire l'objet d'un suivi et de contrôles. Une réglementation efficace comporte également des mécanismes autorisant les personnels à s'acquitter de tâches particulières selon le contexte et le besoin, par exemple à rédiger des ordonnances et à fournir des services étendus en rapport avec le VIH [48,49].

3. Des associations professionnelles actives et engagées, capables d'exercer un leadership, de mener des actions de plaidoyer et de militer en faveur d'une amélioration des conditions de travail (horaires plus souples, rémunération suffisante, congés, logement, transports, sûreté et sécurité, possibilités de carrière et d'avancement, primes de rétention). Les associations peuvent aussi favoriser l'accès aux informations et aux données pour améliorer la pratique au moyen de l'éducation continue et de la recherche. Les formules d'appui efficace peuvent faire appel à des modèles de jumelage entre individus ou associations [50, 51]. Le développement, la formation et le soutien sont nécessaires pour assurer la viabilité des associations ainsi que pour permettre à leurs membres d'agir au niveau des politiques et au sein des pouvoirs publics et de mener des actions de plaidoyer en faveur des femmes en général et des sages-femmes en particulier.

Il faut que l'éducation, la réglementation et les associations professionnelles bénéficient d'appuis pour assurer la durabilité des services de sages-femmes ainsi que pour enclencher et entretenir une dynamique en faveur de soins de qualité pour les mères et les nouveau-nés. Les données provenant des ateliers de pays mettent l'accent sur la nécessité d'un renforcement des capacités en matière d'éducation, de réglementation et d'associa-



tions, ce qui jouera un rôle vital pour la réalisation des objectifs de *La pratique de sage-femme 2030*. L'encadré 10 décrit les améliorations de la réglementation nécessaires pour mieux protéger le public.

Établissement d'un environnement de pratique habitant

Les environnements de pratique habitants donnent accès à des réseaux de consultation et de référence efficaces et fiables [52] ainsi qu'à des mécanismes de développement, de gestion et de renforcement des capacités des ressources humaines.

Accès à des consultations et à des réseaux de référence efficaces

Il est important que les capacités des services de sages-femmes de premier niveau à consulter des établissements de niveau secondaire ou tertiaire et à y transférer des femmes et/ou des nouveau-nés en cas de besoin soient clairement définies, et que les processus de recours et de transfert le soient aussi. Parmi les principaux thèmes traités lors des ateliers tenus dans les pays figuraient le manque de moyens de transport, l'absence de coopération entre les différents niveaux du système de santé, la médiocrité des communications entre les services de base et les services de niveau supérieur, et le manque de responsabilisation au niveau communautaire. Il faut, pour résoudre ces problèmes :

- Une volonté au niveau communautaire de bien comprendre les transferts et de les appuyer;
- Des politiques, directives et indications à base factuelle pour les consultations et les références;
- L'accès à des systèmes de télécommunications fonctionnels (notamment d'e-santé et de m-santé)

Les associations professionnelles, lorsqu'elles sont motivées et engagées, peuvent influencer sur les processus décisionnels et contribuer à un renforcement de la profession.
(Jhpiego/Kate Holt)

- entre les différents niveaux de services et entre les professionnels de la santé;
- Un emploi efficace des ASC et des accoucheuses traditionnelles pour assurer une orientation et un transfert en temps opportun depuis le niveau communautaire;
- Une formation et une réglementation appropriées pour autoriser des prestations de services spécifiques au premier niveau (par exemple, l'autorité en matière de délivrance d'ordonnances et de dépistage et de traitement du VIH);
- L'accès à des locaux appropriés et sûrs avant le début du travail et l'accouchement si le lieu le plus approprié pour accoucher n'est pas le domicile;
- L'accès aux moyens de transport pour les femmes et leur nouveau-né transférés dans des établissements de soins de niveau supérieur et pour le retour à leur domicile le moment venu;
- La possibilité pour les femmes d'être accompagnées par une personne de leur choix lors de leur transfert

dans un établissement de niveau supérieur, parce que le soutien social est une composante essentielle des soins efficaces et respectueux.

Développement et gestion des ressources humaines et renforcement des capacités

Tous les pays doivent disposer d'une base de données minimum de RHS sur leurs personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Ainsi qu'il a été noté au chapitre 2, ces données doivent comprendre : le nombre des effectifs, le pourcentage de temps consacré à la SSRMN, les rôles, la répartition par âge, l'âge de la retraite, la durée de formation, le nombre d'admissions, d'abandons d'études et d'achèvement des études, et les départs volontaires de la profession. Ces données permettent de planifier les effectifs de manière efficace et de déterminer la composition de l'équipe de SSRMN appropriée [53]. Elles permettent également

ENCADRÉ 10

Pour la protection du public : un paradigme renouvelé

La réglementation professionnelle a pour objet de protéger les personnes que nous servons. Toutefois, les systèmes de réglementation sont souvent insuffisamment développés ou obsolètes, voire absents dans certains cas. En conséquence, les usagers des systèmes de santé sont exposés à des risques et les pouvoirs publics se voient privés d'outils puissants qui appuieraient les efforts qu'ils déploient pour assurer la CSU et reconcevoir les systèmes de santé.

Au cours des deux décennies à venir, il faut que les pouvoirs publics, les professions et les organismes de réglementation modernisent les systèmes en place ou en établissent de nouveaux qui sont adaptés aux besoins actuels et futurs et qui visent à protéger le public dès le stade de leur conception au lieu d'appliquer des mesures correctives à la suite de constats d'échec.

Les cadres de réglementation de l'avenir devront être ajustés proportionnellement au niveau de risque. Ils devront apporter des solutions aux problèmes lorsque ceux-ci surviennent et/ou prévoir des mesures préventives pour réduire les risques de survenue de ces problèmes. Les réactions et l'adoption après coup d'amendements aux lois obsolètes, processus lent, devront être l'exception et non la règle.

Pour être efficace, l'organisme de réglementation doit être disposé à œuvrer collectivement, comprendre les contribu-

tions de tous les acteurs et s'attacher à exploiter les synergies au bénéfice de la sécurité du public. Les modèles de réglementation doivent porter simultanément sur l'éducation, les praticiens et l'environnement de pratique.

Les normes d'éducation et le contenu des programmes doivent évoluer pour rester adaptés aux réalités en rapide mutation, aux nouvelles formes de prestations de soins et aux processus pédagogiques modernes. Ces processus seront souvent axés sur les problèmes et focalisés sur le travail en équipe, et les programmes de formation devront être fondés sur les compétences et de structure modulaire.

Les praticiennes et les praticiens doivent être préparés et autorisés à exercer toutes les fonctions relevant de leur compétence, compte tenu des besoins de la population. La délégation d'attributions, la supervision et la responsabilité doivent être clairement précisées et les autorités de réglementation doivent prendre l'initiative d'agir avec les usagers des services dans le cadre des diverses disciplines et de la matrice des soins de santé ainsi qu'avec les pouvoirs publics pour s'assurer que les personnels de la santé soient dûment préparés à s'acquitter des fonctions qui leur sont attribuées et qu'ils travaillent de manière cohérente. Ceci offre aux autorités l'occasion de coopérer bien plus étroitement, de partager les pratiques

optimales, les informations et les données, et de définir des repères et des critères d'après lesquels les performances seront évaluées.

Il s'agira d'inculquer aux personnels les principes de l'apprentissage continu et de l'entretien des compétences dès les premiers stades de leur préparation. Il sera essentiel aussi de relier le renouvellement des autorisations de pratiquer aux processus de maintien des compétences. Les systèmes de supervision devront être actualisés pour faire un usage optimal des technologies, de manière à fournir, même dans les régions les plus isolées, les types d'appuis qui peuvent accroître la protection du public et favoriser le perfectionnement professionnel.

Le fait de vivre dans un monde interdépendant où la mobilité est une réalité exige que l'on élabore des systèmes qui permettent d'éviter les retards inutiles, les exigences d'une lourdeur extrême et les coûts excessifs tout en répondant aux impératifs de la protection du public contre les insuffisances des prestations de services. Il faut pour cela établir un ensemble de données de réglementation que l'on exploitera pour favoriser la transparence et contribuer à l'évaluation, à l'harmonisation et à la reconnaissance des compétences au niveau international.

Source : David C Benton, International Council of Nurses.

de déterminer l'éventail de compétences le plus approprié pour assurer le continuum des soins, ainsi que les options d'embauche et d'affectation pour mettre en œuvre équitablement les interventions essentielles de SSRMN à pleine échelle en veillant à leur qualité. Elles permettent enfin d'évaluer les options de financement et d'investissement pour parvenir à la couverture et à l'accès universel aux soins. La référence aux unités géographiques de base, telles que les districts, peut également contribuer à améliorer les services au regard des besoins.

Les stratégies de RHS doivent comporter une évaluation des paquets de service de santé offerts dans le pays, des directives cliniques nationales et des cursus. La disponibilité de données exactes de RSH et une planification axée sur les besoins permettront ensuite d'éclairer la planification et le financement de l'éducation, et de déterminer notamment le nombre d'étudiant(e)s à admettre dans les programmes, les débouchés et les nouveaux postes pour les diplômé(e)s. Il faut, dans la planification, tenir compte de la mobilité dans les marchés du travail de la santé, lorsque la demande régionale et mondiale de travailleurs de la santé risque d'avoir des répercussions sur l'offre nationale.

Évaluation des performances est une composante importante de la gestion des ressources humaines. Elle permet de déterminer les besoins des personnels et des services, notamment les besoins d'apprentissage pour le maintien des compétences, ainsi que les réussites et les difficultés auxquelles les personnels se heurtent dans leur travail, et d'ajuster les prestations de services de manière à répondre aux besoins et aux spécificités culturelles de la population locale. Cette évaluation permet également de repérer les besoins de perfectionnement professionnel continu et d'amélioration de la qualité.

La progression dans la carrière est un facteur important de satisfaction professionnelle. Une grille de carrière peut permettre aux personnels d'exercer des fonctions diverses à divers moments de leur parcours tout en assurant le maintien des connaissances et des compétences dans le système de soins et dans les professions de la santé. L'offre aux personnels de possibilités d'évolution et d'autres rôles, notamment de cliniciens, d'éducateurs, d'administrateurs ou de chercheurs, exigera des options de développement structurées, y compris des programmes de perfectionnement des enseignants. Le recours aux technologies nouvelles [53] pourra autoriser la création d'écoles « virtuelles » ou de programmes d'apprentissage largement accessibles.

Collaboration et travail en équipe respectueux

La pratique de sage-femme 2030 exige que les équipes de SSRMN exercent leurs diverses fonctions en collaboration tout en positionnant la femme et le nouveau-né au centre des soins. Les échecs enregistrés dans le travail en équipe et les communications représentent la majorité des événements sentinelles dans les soins de maternité [55, 56].

Une définition claire des rôles et des attributions de chaque membre de l'équipe, en correspondance avec toute la gamme de ses compétences, et un accord sur les fonctions de chacun permettront d'éviter les chevauchements et les inefficacités. La présence au sein de l'équipe de personnels trop nombreux ou pas assez nombreux d'une catégorie donnée ou de catégories de personnes trop semblables s'opposera à la pleine réalisation des objectifs de *La pratique de sage-femme 2030*, à l'apport harmonieux du continuum des soins, et pourrait aboutir à une surmédicalisation. *La pratique de sage-femme 2030* vise à faire en sorte que les sages-femmes fournissant toute la gamme de prestations de leur pratique, y compris en planification familiale, avec accès aux consultations et à l'aiguillage vers les niveaux supérieurs, puissent jeter un pont entre la communauté et les services de santé.

La collaboration interprofessionnelle dans le domaine de l'éducation et dans la pratique peut avoir pour effet de mettre en place une force de travail adaptée à ses finalités [57]. La réalisation d'un travail en équipe interdisciplinaire implique un apprentissage en commun pour créer une force de travail prête à la coopération, le respect et l'utilisation judicieuse des disciplines et des compétences diverses, la communication et le transfert des responsabilités au sein de l'équipe, et des réunions de synthèse et de restitution pour tirer des enseignements des erreurs.

Travaux fondés sur les constats de l'enquête

L'initiative de *La pratique de sage-femme 2030* a été élaborée en tenant compte des principaux constats exposés au chapitre 2 (voir le tableau 3) et pour répondre aux besoins des femmes et des nouveau-nés. Elle propose une solution efficace par rapport aux coûts, l'implication de champions et des autorités de niveau national, et peut apporter une contribution appréciable aux initiatives mondiales dans le domaine de la SSRMN.

Réponse aux besoins des femmes et des nouveau-nés

La pratique de sage-femme 2030 repose sur le principe que les femmes et les nouveau-nés doivent être au

cœur des services de SSRMN. Le chapitre 2 a exposé les préoccupations sérieuses de nombreux pays concernant le manque de respect et les abus dans les soins dispensés. La façon dont les femmes sont traitées, ou leurs impressions sur la façon dont elles sont traitées, reflète la qualité et l'acceptabilité des soins. Une réorientation des soins pour les axer sur la personne, ou plus précisément en l'occurrence sur la femme, est nécessaire pour la réalisation des objectifs de cette initiative.

Les soins axés sur la femme :

- Se concentrent sur les droits, les besoins, les aspirations, les attentes et les décisions de la femme au niveau individuel et pas sur ceux de l'institution ou des professionnels;
- Reconnait le droit des femmes d'avoir des choix, de décider et de bénéficier de la continuité dans les interventions d'un ou de plusieurs prestataires de soins connus;

TABLEAU 3

La pratique de sage-femme 2030 : réponse aux constats de l'enquête sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde de 2014

PRINCIPAUX CONSTATS SE DÉGAGEANT DES DONNÉES DE PAYS ET DES ATELIERS

La pratique de sage-femme 2030

Manque de données pour appuyer la politique et la planification des RHS	<ul style="list-style-type: none"> • souligne la nécessité d'un minimum de données de RHS sur les personnels compétents dans la pratique de sage-femme présents dans le pays
Insuffisance des effectifs par rapport aux besoins projetés	<ul style="list-style-type: none"> • reconnait l'importance de l'attractivité de la profession et de la carrière de sage-femme, de filières d'éducation de qualité, de stratégies d'affection et de stratégies de rétention des personnels et de réduction de l'attrition
Manque de clarté dans la définition des rôles et des tâches et inadéquation entre les rôles, l'état de préparation et la capacité d'exécution de certaines tâches	<ul style="list-style-type: none"> • prévoit une planification des RHS pour analyser les rôles, les tâches et les attributions et les définir clairement. Ce processus peut se concentrer sur l'apport de services de SSRMN voulus par le prestataire voulu, au moment voulu et à l'endroit voulu, et sur la réduction des redondances
Lacunes dans les paquets d'interventions au niveau des soins prénatals	<ul style="list-style-type: none"> • recommande des modèles de pratique qui assureront l'accès des femmes et des nouveau-nés à tout le continuum de soins
Manques en matière d'efficacité des prestations de services de conseils et d'interventions de planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> • permet des prestations de service de planification familiale en collaboration avec des personnels compétents dans la pratique de sage-femme comprenant des ASC ou personnels de catégories analogues
Problèmes de coût et de géographie réduisant l'accessibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • milite en faveur de l'apport de soins de premier niveau à proximité du domicile et de la communauté, avec aiguillage et accès aux moyens de transport vers les niveaux supérieurs
Manque de respect et mauvais traitements, facteurs de non-acceptabilité pour les femmes	<ul style="list-style-type: none"> • s'assure que l'éducation des sages-femmes comprenne les soins respectueux et la sensibilité socioculturelle, avant l'emploi ainsi qu'en cours d'emploi • reconnait qu'un environnement de pratique habilitant, avec des ressources suffisantes, sûr et porteur facilite les prestations de soins respectueux
Limitations : <ul style="list-style-type: none"> • nombre insuffisant de sages-femmes formées et restant dans la profession • manque de qualité de la formation : locaux, enseignants, normes et expérience clinique • absence d'autorité de réglementation ou d'autorité de réglementation capable de s'acquitter de son rôle de protection du public • peu de capacités des associations à plaider efficacement en faveur de la pratique de sage-femme et des services de SSRMN 	<ul style="list-style-type: none"> • repose fermement sur la nécessité d'un engagement en faveur de l'éducation, de la réglementation et des associations • souligne l'importance d'un environnement professionnel habilitant pour faire en sorte que les personnels compétents dans la pratique de sage-femme soient préparés à exercer les fonctions auxquelles ils ont été formés et aient l'autorité et la capacité de les exercer

- Englobent les besoins du bébé, de la famille de la femme et des autres personnes qui ont de l'importance pour elle, tels qu'elle les définit;
- Assurent un suivi de la femme depuis le niveau communautaire jusqu'aux soins actifs et au retour dans la communauté;
- Tiennent compte des attentes et des besoins sociaux, affectifs, physiques, psychologiques et culturels de la femme [57].

Placer la femme au cœur des soins exige une démarche intégrée qui fait que les femmes ont accès au prestataire de soins voulu au moment voulu : à un obstétricien en cas de complications, à un pédiatre lorsque l'enfant a besoin de soins supplémentaires et à une sage-femme pour les grossesses et les accouchements sans problèmes. Cette démarche tient compte du prestataire dont la femme a besoin compte tenu des circonstances et veille à ce que le système réponde à ses besoins au lieu que ce soit elle qui doive s'adapter aux besoins des établissements et des personnels de la santé.

Il faut également, pour maintenir les femmes et les nouveaux-nés au cœur des services, prêter attention à l'égalité des sexes et aux prestations de soins respectueux conformes aux principes, aux accords et à la législation des droits de la personne. Toute femme, c'est là l'un des sept droits de la femme enceinte, a le droit d'être traitée avec dignité et respect [59]; ce droit est réaffirmé par de nombreux instruments internationaux, notamment le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966, article 2) [59].

Dans les faits, l'apport de soins axés sur la femme consiste :

- À dispenser des soins respectueux, sans danger et visiblement sans danger, et qui soutiennent les femmes et maximisent leurs chances de santé et d'issues positives;
- À permettre aux femmes de choisir les options optimales et les plus économiquement abordables pour elles-mêmes et pour leur famille;
- À assurer l'accès à des services de premier niveau dans la communauté, à proximité du domicile, avec un accès facile aux soins de niveau supérieur en cas de besoin, à un coût abordable.

Une solution efficace par rapport au coût

La pratique de sage-femme 2030 est une stratégie d'investissement rentable, qui tient compte des données factuelles relatives aux bénéfices à échoir d'un accroissement des services de planification familiale [60–62] de la formation et du déploiement de sages-femmes [63] et des modèles de soins dispensés par une sage-femme. L'encadré 11 décrit les avantages de l'investissement dans la planification familiale et ses implications pour le personnel; l'encadré

12 met en évidence le rapport coût/avantages et le rendement projeté des investissements liés à la formation des sages-femmes et à leur affectation à des services à base communautaire. Le modèle des soins dispensés par les sages-femmes s'est avéré à la fois être efficace par rapport au coût et permettre des économies substantielles [40, 42, 64]. Il offre également une alternative convaincante au modèle de soins obstétricaux dispensés en milieu hospitalier, actuellement prédominant [42], pour les femmes de tout niveau de risque, étant donné qu'il comporte un processus fonctionnel de consultation et d'orientation vers les soins de niveau supérieur [40].

Implication de champions et leadership de niveau national

Il est essentiel que les dirigeants, appuyés par des champions au niveau national, manifestent la volonté politique voulue pour faire de *La pratique de sage-femme 2030* une réalité et pour surmonter les obstacles à la CSU. Toutefois, certains de ces obstacles sont de nature interne et tiennent à la concurrence interprofessionnelle et aux soucis d'hégémonie. Pour y remédier, les professionnels de la santé doivent adopter des comportements propices à une réelle coopération et au travail en équipe.

Les associations de professionnels de la santé jouent un rôle vital et exercent leur leadership en faveur de leurs membres. Dans le domaine de la SSRMN, elles sont des centaines, affiliées à l'ICM, à l'ICN, à la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) et à l'Association internationale de pédiatrie (AIP). En tant que leaders de changement, ces associations jouent un rôle de premier plan dans l'amélioration de la SSRMN et appuient de ce fait la réalisation des objectifs de *La pratique de sage-femme 2030*.

Ces quatre associations internationales ont émis des déclarations de mission qui se ressemblent [72–75] et chacune d'elles vise à fournir des appuis à ses membres pour les aider à agir au mieux pour les femmes, les enfants, les familles et les communautés. Leurs missions vont du renforcement des associations de sages-femmes et de la représentation de la pratique infirmière de par le monde jusqu'à l'amélioration de la santé et à la protection des droits des femmes, ainsi qu'à la promotion de la santé physique, mentale et sociale de tous les enfants. Par la similitude de leurs missions et de leurs objectifs, ces associations jettent les bases et donnent l'exemple d'un changement de paradigme en matière de pratique collaborative. Leurs actions concertées renforceront les initiatives de plaidoyer, la cohésion des politiques, la réglementation, la délivrance de licences et la tenue de registres

professionnels, l'éducation interprofessionnelle et le perfectionnement professionnel continu. L'objectif ultime des associations de professionnels de la santé est de favoriser la formation d'une équipe dynamique, collaborative, adaptée à sa finalité et prête à la pratique qui réponde aux besoins de santé des femmes et des enfants.

Contribution aux initiatives mondiales de SSRMNI

En 2014, il se présente une opportunité unique de tirer parti de l'élan national et international actuel. Depuis la parution de *L'état de la pratique de sage-femme dans le*

monde en juin 2011 [76], plusieurs initiatives mondiales de SSRMNI ont été lancées en vue d'encourager à l'action dans les pays et sur le plan international (voir le tableau 4, page 48).

Les cibles ambitieuses fixées par les initiatives, résumées au tableau 2, ne seront atteintes qu'avec l'appui d'une volonté politique résolue et par des actions concertées en faveur du changement. Pour chacune d'elles, il faudra une accélération de l'apport d'un paquet d'interventions de santé aux femmes et aux nouveau-nés mais, ainsi qu'il est noté dans les analyses effectuées en préparation du Rapport sur la santé dans

ENCADRÉ 11

Impact de l'investissement dans la planification familiale

L'une des façons les plus efficaces d'améliorer l'état de santé maternelle consiste à réduire le besoin non satisfait de planification familiale [60], ce qui a également pour effet d'améliorer les résultats dans les domaines de la santé générale, de l'éducation et de l'économie [65]. Le Sommet de Londres sur la planification familiale de 2012 a produit des engagements en faveur d'un élargissement de l'accès à des moyens de contraception efficaces pour 120 millions de femmes dont les besoins de contraception ne sont pas satisfaits d'ici 2020 dans 69 des pays les plus pauvres de la planète [66]. L'impact et le rendement des investissements sont clairs [61], mais il faut se demander quelles en sont les implications pour les effectifs de la santé. On trouvera ci-dessous les principaux points concernant les politiques et la planification.

Une réduction du nombre de grossesses se traduit par une réduction du besoin de services de santé maternelle et des nouveau-nés dans l'avenir immédiat (0 à 15 ans). Avec la baisse de l'indice synthétique de fécondité, on assistera à une diminution du besoin de soins prénatals, de personnel de santé pour les accouchements, de soins obstétricaux d'urgence et de soins postnatals. Il en résultera une baisse du volume d'interventions essentielles nécessaires, baisse régulière d'une année à l'autre, principalement dans le domaine de pratique des sages-femmes et des obstétriciens, ce qui offrira des possibilités d'amélioration de la qualité et d'expansion de la couverture des services.

La réduction du nombre de grossesses mène aussi dans le long terme à une réduction du nombre de femmes en âge de procréer. Les tendances démographiques

sont l'un des principaux facteurs déterminants des besoins de main-d'œuvre. Dans un délai de 15 ans après l'investissement initial dans la planification familiale, et l'évolution s'accroissant rapidement pendant 25 ans après cela, le nombre de femmes en âge de procréer diminuera, ce qui se traduira par une diminution du besoin global de services de santé sexuelle et reproductive.

Sur les 46 interventions essentielles de SSRMN, ce sont les services de santé sexuelle et reproductive qui ont la plus forte incidence sur les besoins de personnel de santé. Toutes les femmes en âge de procréer doivent avoir un accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive. Toutes ne procréent pas et un nombre encore moindre d'entre elles a besoin de soins obstétricaux d'urgence. En conséquence, un plus grand volume de services (et la capacité accrue de personnel de santé) est nécessaire pour les interventions de santé sexuelle et reproductive que pour les soins obstétricaux d'urgence. Il s'agira donc, pour bien faire, d'adapter au contexte national la composition et l'éventail des compétences du personnel de santé requis pour fournir les services de santé sexuelle et reproductive à base communautaire, et de veiller s'il y a lieu à l'intégration et à la fourniture de services en rapport avec le VIH/sida.

Les filles sont une composante centrale de la « force de travail de la santé » élargie. L'accroissement des besoins satisfaits de planification familiale exige l'engagement des adolescents, des enseignants, des parents et des communautés, qui font tous partie de la « force de travail de la santé » élargie pour la santé sexuelle et reproductive. En outre, les enfants des femmes qui

ont accès aux services de santé et de planification familiale sont en meilleure santé et mieux éduqués que ceux des femmes qui n'y ont pas accès [61]. Le recours accru à la planification familiale réduira donc le nombre d'enfants par femme et accroîtra le taux de scolarisation de ces enfants, ce qui produira davantage de diplômés du secondaire (agents de santé potentiels), apportera des avantages sociaux, économiques et sanitaires, et réduira la demande future de services de santé [66].

Les travailleurs non professionnels, les sages-femmes auxiliaires et les pharmaciens sont d'une importance clé pour répondre aux besoins de planification familiale et maîtriser les coûts. Les directives de l'initiative *Optimize for MNH* [68] signalent l'existence de nouvelles approches des services de planification familiale. Selon ces directives, les travailleurs non professionnels peuvent aider à la constitution et à l'entretien des stocks de contraceptifs injectables, et aux actions de suivi et d'évaluation ciblées. Les sages-femmes auxiliaires peuvent dispenser efficacement des contraceptifs oraux, préservatifs, injections hormonales, implants contraceptifs et dispositifs intra-utérins. Ces rôles pourraient être confiés à des femmes des communautés, ce qui résulterait en une augmentation de l'offre d'emplois et en un accroissement du potentiel de changement normatif, tout en permettant aux sages-femmes, aux infirmières et aux médecins de consacrer plus de temps aux services de SSRMN et d'en accroître ainsi la couverture et la qualité.

Source : Jim Campbell and Laura Sochas, ICS Integrate.

Les sages-femmes : « meilleur investissement possible » pour les soins de santé primaires

Le Programme de diplôme de sage-femme à base communautaire (CMDP) du Bangladesh a été lancé en 2013. Il décerne un diplôme universitaire, conformément aux normes nationales d'éducation et aux normes et recommandations de l'ICM [69], aux étudiantes provenant de régions où les besoins de santé maternelle sont les plus grands. Il est organisé selon une approche systémique globale, alliant le modèle éducatif à structure en étoile aux directives de l'OMS sur la rétention rurale [70] pour assurer quatre fonctions fondamentales : 1) élaboration du cursus et perfectionnement des enseignants; 2) sélection des étudiantes; 3) évaluation et déploiement; et 4) disponibilité de locaux de formation judicieusement situés et équipés pour asseoir les fondations du modèle éducatif.

L'établissement principal est un centre d'excellence de la BRAC University et les annexes sont six établissements d'enseignement indépendants implantés dans des régions rurales du Bangladesh (modèle dit "en étoile"). En l'espace de 4 ans, le CMDP formera 500 étudiantes à un coût estimatif de 5 300 dollars EU par étudiante et par an. Le coût estimatif des programmes comparables offerts en Afghanistan et au Soudan s'établit respectivement à 7 900 dollars EU et 12 700 dollars EU [71].

Une évaluation de la rentabilité menée en 2013 [62] a porté sur trois points : 1) l'économie, l'efficacité et l'efficacité du modèle en étoile; 2) l'impact en terme de vies et d'années de vie sauvées; et 3) le rendement de l'investissement (calculé d'après la réduction du nombre de césariennes) [72].

1 Le modèle en étoile présente des avantages indéniables en matière d'économie, d'efficacité et d'efficacité dans les quatre domaines d'activités de l'élaboration du cursus et du perfectionnement des enseignants, de la sélection des étudiantes et du développement des sites de formation, par comparaison à la mise en place de programmes indépendants dans des institutions distinctes.

2 L'impact en termes de vies et d'années de vie sauvées est comparable à celui de la vaccination des enfants. Les sages-femmes qui achèveront leurs études en 2015 assisteront potentiellement, au cours de leur carrière d'une durée estimée à 30 ans, à une réduction de la mortalité maternelle de 194 à 35 pour 100 000 naissances vivantes, et à une réduction de la mortalité infantile de 52 à 12 sur 1 000. Au cours de la même période, en l'absence de ces sages-femmes diplômées, ces taux pourraient diminuer considérablement moins et ne s'établir qu'à 154 pour 100 000 naissances vivantes et à 43 sur 1 000. Au total, les 500 sages-femmes auront sauvé 36 178 vies (soit 2 635 164 années de vie) à un coût de 219 dollars EU par vie sauvée (soit 3,02 dollars par année de vie sauvée), coût comparable à celui de la vaccination des enfants (216 dollars EU par décès évité).

3 Le rendement de l'investissement dans les sages-femmes pourrait atteindre 16,2 pour 1. En ne tenant compte aux fins du calcul que du nombre de césariennes évitées, et en supposant que la tendance à l'augmentation de cette intervention se poursuivrait au Bangladesh (portant par exemple le taux de césariennes de 15 % en 2015 à 45 % en 2045), les sages-femmes communautaires pourraient réduire ce taux de 20 % et l'établir à 25 % en 2045, évitant ainsi 3 391 césariennes par an, soit 101 719 en l'espace de 30 ans. Au coût net de 1 264 dollars EU par césarienne, la somme économisée pourrait se monter à 128,5 millions de dollars sur 30 ans, ce qui représente un rendement de 16,2 fois le coût total de l'éducation (7,9 millions de dollars EU). Pour une réduction plus modeste de 10 % du nombre de césariennes (soit 35 % en 2045), le rendement de l'investissement dans les sages-femmes s'établirait encore à 6,2 pour 1.

ACTIVITÉ	ÉCONOMIE	EFFICIENCE	EFFICACITÉ
Élaboration du cursus	Faible coût	Temps réduit	Haute qualité
Perfectionnement des enseignants	Faible coût	Temps réduit	Qualité constante
Sélection des étudiantes	Coût modéré	Efficacité modérée	Sélection centrale efficace
Développement du site de formation	Faible coût	Production rapide	Qualité constante

La formation des sages-femmes est donc très rentable. Les interventions ciblées visant à produire des personnels compétents dans la pratique de sage-femme au niveau communautaire auront des effets positifs sur le plan de l'économie, de l'efficacité et de l'efficacité. Cette formation a

un impact comparable à celui de la vaccination des enfants et le rendement de l'investissement pourrait atteindre 16 fois le montant investi. Elle constitue donc un « meilleur investissement possible » dans le domaine des soins de santé primaires.

Source : Tim Evans, Asiful Haidar Chowdhury, et Ismat Bhuiya, BRAC University. Adapté d'après Value for Money Assessment: CMDP, April 2013 [63].

le monde 2006 : « Il ne peut pas y avoir d'interventions de santé sans personnel de santé » [83].

La pratique de sage-femme 2030 : Incitation à l'action mondiale

Les changements transformateurs nécessaires au niveau des résultats en matière de SSRMN, appuyés

par des politiques cohérentes, doivent être éclairés par une réalité des plus évidentes : la pratique de sage-femme peut être un facteur positif favorisant la réalisation des nouveaux objectifs de l'après-2015 dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et l'accélération de l'instauration de la CSU.

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

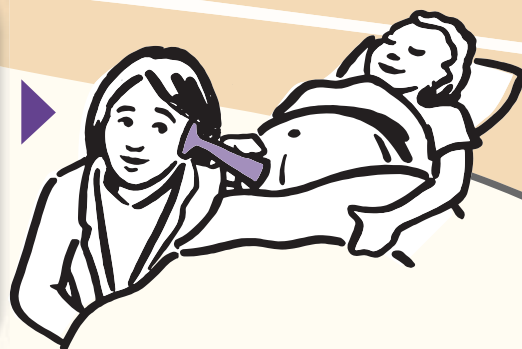



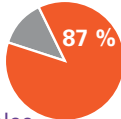


PLANIFIER ET PRÉPARER, à savoir

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

SONGER À LA SANTÉ DÈS LE DÉPART, à savoir

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



PROBLÈME	SOLUTION	IMPACT	PROGRÈS
<p>Seuls 4 pays sur 73 possèdent des personnels compétents dans la pratique de sage-femme capables de répondre au besoin universel des 46 interventions essentielles en SSRMN.</p> 	<p>Les sages-femmes peuvent dispenser 87 % des soins essentiels dont ont besoin les femmes et les nouveau-nés, si elles sont formées et réglementées selon les normes internationales.</p> 	<p>L'investissement dans les sages-femmes pourrait rapporter 16 fois les sommes investies.</p> 	<p>Le Bangladesh forme 500 sages-femmes qui pourront sauver 36 000 vies.</p> 

QUE FAUT-IL POUR CELA ?

1

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

2

Que les pouvoirs publics établissent un environnement politique porteur et aient des comptes à rendre;

3

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

4

Que le recueil et l'analyse des données soient inclus dans les prestations et le développement des services;

5

Que les soins dispensés par les sages-femmes aient une place prioritaire dans les budgets nationaux de la santé et que toutes les femmes bénéficient d'une protection financière universelle;



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

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

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

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



6

Que les soins dispensés par les sages-femmes

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

7

Que les soins de sages-femmes de premier niveau

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

8

Que les personnels compétents dans la pratique de sage-femme

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

9

Que tous les professionnels de la santé

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

10

Que les associations professionnelles

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

Des champions nationaux de tous les horizons, politiques, parlementaires, hommes, femmes, garçons et filles, entreprises privées et prestataires de soins de santé, associations professionnelles, organismes de réglementation, décisionnaires et planificateurs, doivent apporter leur soutien aux actions visant à assurer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la

qualité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Nombre d'initiatives dans ce sens sont en cours et elles pourraient bénéficier d'un ralliement à l'appui de *La pratique de sage-femme 2030* en tant que voie de la santé et du bien-être et donc de la réalisation des droits des femmes.

TABLE 4

Initiatives mondiales et objectifs dans le domaine de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile

DIRECTIVES/CAMPAGNE	ANNÉE CIBLE*	ACTION(S)/CIBLE(S)
Mortinaissance** [77]	2020	Pour les pays où le taux de mortinaissance actuel dépasse 5 sur 1 000 naissances, l'objectif est de réduire ces taux d'au moins de 50 % par rapport aux taux de 2008. Pour les pays où le taux de mortinaissance actuel est inférieur à 5 sur 1 000 naissances, l'objectif est d'éliminer tous les décès néonataux évitables et de réduire les écarts dus à un manque d'équité.
Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement [16]	–	Améliorer l'état de santé sexuelle et reproductive chez les adolescentes en diminuant les risques de grossesse précoce et les effets néfastes de celle-ci pour la santé : <ul style="list-style-type: none"> • En réduisant le nombre de grossesses avant l'âge de 18 ans; • En éliminant le mariage précoce et le mariage forcé; • En luttant contre la violence et les abus sexuels à l'égard des femmes et des filles; • En accroissant la disponibilité et l'emploi de la contraception chez les adolescentes qui souhaitent éviter la grossesse; • En réduisant le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité chez les adolescentes; • En développant le recours des adolescentes enceintes aux soins qualifiés durant la période prénatale, lors de l'accouchement et durant la période postnatale; • En prévenant les infections sexuellement transmises, notamment par le VIH.
Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie [78]	2015	Le nombre estimatif de nouvelles infections à VIH chez les enfants est réduit d'au moins 85 % dans chacun des 22 pays prioritaires. Le nombre estimatif de décès liés au VIH durant la grossesse est réduit de 50 %.
Family Planning 2020 [66]	2020	Mettre des informations, des services et des fournitures de contraception abordables à la disposition de 120 millions de femmes et de filles de plus ayant un besoin non satisfait de contraception dans les pays les plus pauvres du monde.
Cibles mondiales 2025 pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant [79]	2025	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer; • Réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance; • Porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 %.
Une promesse renouvelée [80]	2035	Dans tous les pays, réduire le taux de mortalité de l'enfant à 20 décès ou moins pour 1 000 naissances vivantes.
Ending Preventable Maternal Mortality [Mettre fin à la mortalité maternelle évitable] [81]	2030	Réduire les taux de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes.
Chaque nouveau-né - Plan d'action pour mettre fin aux décès évitables [82]	2030 et 2035	Réduire les décès de nouveau-nés à moins de 12 pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2030 et à moins de 10 pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2035. Réduire les mortinaissances à moins de 12 pour 1 000 naissances totales d'ici 2030 et à moins de 10 pour 1 000 naissances totales d'ici 2035.

* Les années cibles sont celles indiquées par les différentes initiatives mondiales.

** Note : Le Plan d'action pour mettre fin aux décès évitables (2014) de l'initiative *Chaque nouveau-né* établit des cibles révisées à l'horizon 2030 et 2035.

PROFILS DE PAYS



Comment lire les fiches de pays 2014	50
Afghanistan.....	52
Afrique du Sud	54
Angola.....	56
Azerbaïdjan	58
Bangladesh	60
Bénin	62
Bolivie	64
Botswana.....	66
Brésil.....	68
Burkina Faso.....	70
Burundi	72
Cambodge	74
Cameroun.....	76
Chine	78
Comores	80
Congo	82
Congo, République démocratique du.....	84
Corée, République populaire démocratique de.....	86
Côte d'Ivoire	88
Djibouti	90
Égypte	92
Érythrée	94
Éthiopie.....	96
Gabon	98
Gambie	100
Ghana	102
Guatemala	104
Guinée	106
Guinée-Bissau.....	108
Haïti	110
Îles Salomon	112
Inde.....	114
Indonésie.....	116
Iraq.....	118
Kenya.....	120
Kirghizistan	122
Lao, République populaire démocratique	124
Lesotho.....	126
Libéria	128
Madagascar	130
Malawi	132
Mali.....	134
Maroc	136
Mauritanie.....	138
Mexique.....	140
Mozambique.....	142
Myanmar	144
Népal	146
Niger	148
Nigéria	150
Ouganda	152
Ouzbékistan.....	154
Pakistan	156
Papouasie-Nouvelle-Guinée	158
Pérou	160
République centrafricaine	162
Rwanda.....	164
Sao Tomé-et-Principe.....	166
Sénégal.....	168
Sierra Leone	170
Somalie.....	172
Soudan.....	174
Soudan du Sud	176
Swaziland.....	178
Tadjikistan	180
Tanzanie, République-Unie de	182
Tchad	184
Togo.....	186
Turkménistan	188
Viet Nam.....	190
Yémen	192
Zambie.....	194
Zimbabwe.....	196

COMMENT LIRE LES FICHES DE PAYS 2014

Les fiches de pays ont été conçues pour encourager et éclairer les débats de politique sur les impacts que peuvent avoir la composition, l'éventail des compétences, le déploiement et l'environnement habitant des personnels compétents dans la pratique de sage-femme sur les prestations de services de SSRMN à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés qui en ont besoin. Le présent guide visuel décrit les tableaux et graphiques figurant sur les fiches de pays et donne des exemples des questions de politiques que l'examen de ces tableaux et graphiques peut soulever.

Page 1 : Situation actuelle

La première page de la fiche de pays peut servir de base à un débat sur la capacité du personnel actuel à fournir les services de SSRMN à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés qui en ont besoin. Des indicateurs de substitution de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité sont présentés afin de faciliter les débats. Toutes les données datent de 2012.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS

La fiche de pays présente d'abord certains des indicateurs des besoins à satisfaire pour atteindre la couverture universelle. Sont indiqués dans cette section le nombre de grossesses, la répartition géographique des grossesses et le volume des services à fournir. Parmi les autres besoins figurent les prestations de services de santé sexuelle et reproductive, visant notamment le besoin non satisfait de planification familiale.

Exemple de question de politique : *L'environnement du pays en matière de politique et de planification est-il conforme à une couverture universelle de services de SSRMN sensibles aux besoins des femmes et des nouveau-nés ?*

DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL ET BESOINS SATISFAITS

La fiche de pays indique ensuite combien de travailleurs de la santé sont disponibles pour répondre à ces besoins. Elle donne le nombre total de travailleurs signalés comme contribuant aux prestations de services de SMN et le pourcentage de temps qu'ils y consacrent. Cette information indique le nombre de personnels de santé disponibles en équivalents plein temps; seul ce dernier chiffre permet de se faire une idée exacte de la disponibilité du personnel. Les travailleurs de la santé sont groupés par catégorie et le nom des catégories est donné dans la note inframarginale 1.

Cette section examine également la disponibilité des personnels par rapport aux besoins. Un pourcentage estimatif, agrégé au niveau national, compte tenu des tâches auxquelles sont affectés les différents personnels de santé, indique si ce personnel a suffisamment de temps pour fournir les 46 interventions de SSRMN essentielles aux femmes et aux nouveau-nés qui en ont besoin. L'estimation des besoins satisfaits est particulièrement sensible au paquet de soins (à savoir aux 46 interventions essentielles), au nombre signalé de travailleurs de la santé, au pourcentage de temps qu'ils consacrent aux prestations de services de SSRMN et à leurs rôles.

Exemples de questions de politique : *Toutes les catégories de personnels qui constituent les personnels compétents dans la pratique de sage-femme ont-ils été déclarés, avec pour chaque catégorie le nom de la catégorie et le pourcentage de temps consacré aux services de SSRMN ? L'estimation des besoins satisfaits agrégés au niveau national dissimule-t-elle des inégalités au niveau sous-national, ou entre milieu urbain et milieu rural et par strate socioéconomique ?*

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

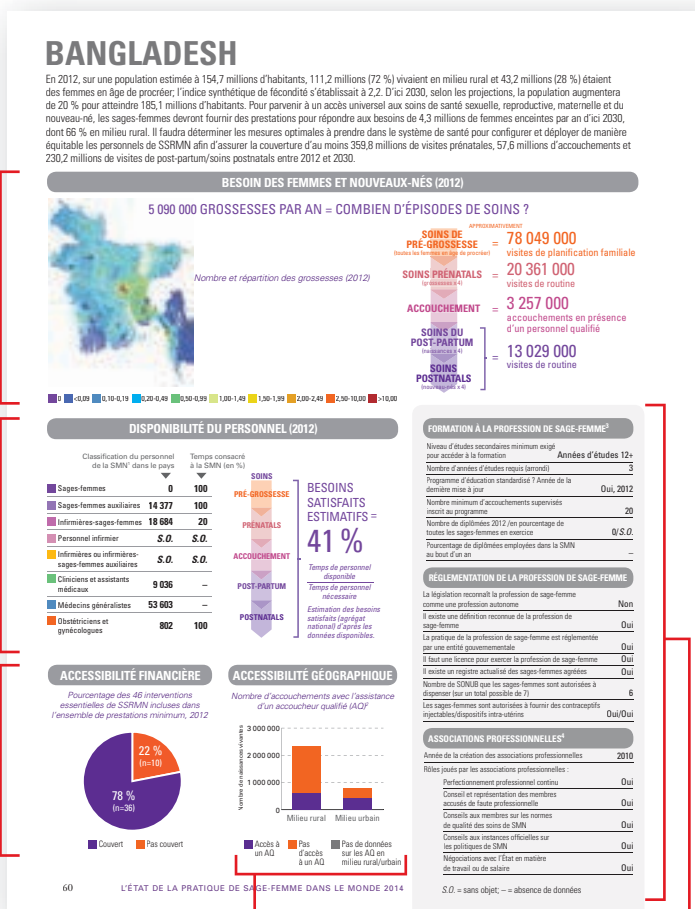
Même lorsque le personnel disponible est suffisant, les services fournis peuvent ne pas être d'un coût abordable. Ce graphique indique le nombre des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans le paquet minimum de services de santé de chaque pays disponibles gratuitement au point de prestation, à titre d'indication de la protection financière offerte aux femmes et aux nouveau-nés dans le domaine de la SSRMN.

Exemples de questions de politique : *Le paquet minimum de services de santé est-il garanti à toutes les femmes, quelle que soit leur capacité de payer ? Y a-t-il des plans nationaux qui offrent un paquet de services de SSRMN comprenant des interventions supplémentaires, outre les 46 interventions essentielles ?*

ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

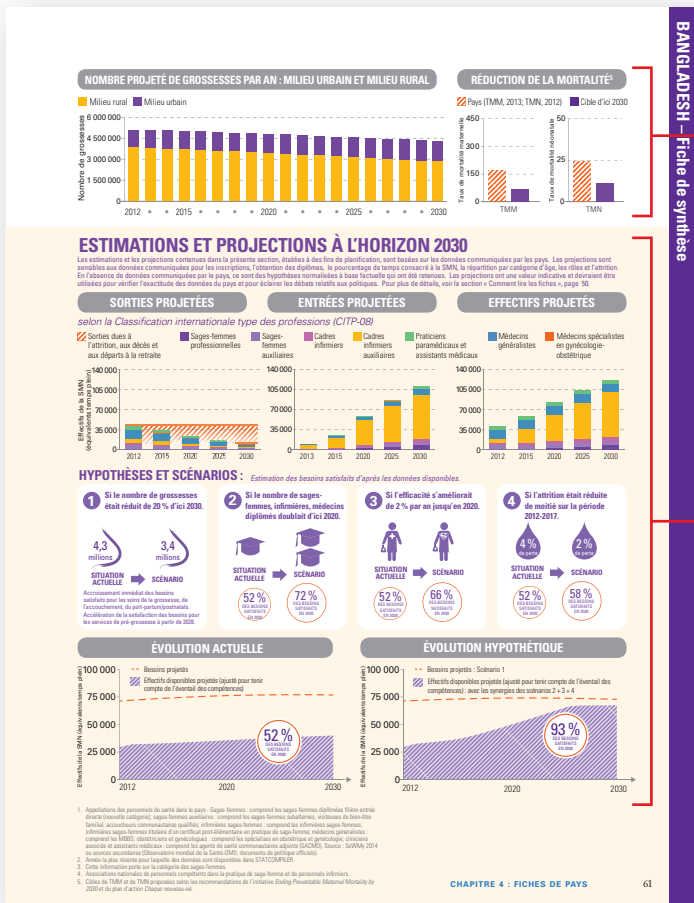
Les personnels de santé et les établissements qui les emploient ne sont pas nécessairement répartis dans le pays de manière correspondante aux besoins. Ce graphique donne le nombre d'accouchements en milieu urbain et en milieu rural pour indiquer le besoin géographique de services de SSRMN. Lorsque les données sont disponibles, il donne également le nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. Ceci est une mesure indicative de l'accessibilité des personnels de santé.

Exemple de question de politique : *Existe-t-il une différence notable d'accès aux personnels compétents dans la pratique de sage-femme entre le milieu urbain et le milieu rural et, dans l'affirmative, quelles mesures de politique peut-on prendre pour y remédier ?*



Page 2 : Situation possible en 2030

La page 2 de la fiche de pays vise à lancer un débat de politique sur l'évolution des personnels compétents dans la pratique de sage-femme par rapport aux besoins futurs de la population. La dernière section, « Estimations et projections à l'horizon 2030 », compare la disponibilité future des personnels de santé et les besoins futurs de services de SSRMN dans le contexte de divers scénarios. Vu l'absence de données dans certains pays, cette analyse est à considérer comme un point de départ de débats de politique (portant notamment sur la disponibilité et la qualité des données nationales) plutôt que comme un simple énoncé des faits.



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES ET RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ

Il faut, pour parvenir à la couverture universelle, prévoir quels seront les besoins futurs et prendre des mesures pour y répondre. Cette section met en évidence l'évolution des besoins (exprimés en nombre annuel de grossesses en milieu urbain et en milieu rural) au cours de la période 2012-2030. Les autres besoins de services de santé sexuelle et reproductive seront déterminés par l'évolution du nombre de femmes en âge de procréer, y inclus du nombre d'adolescentes.

Cette section donne également une indication des cibles de réduction de la mortalité maternelle et du nouveau-né, ainsi que le proposent l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et le plan d'action de l'initiative *Chaque nouveau-né*. Les cibles retenues sont appelées à varier en fonction des priorités de politique et des décisions nationales.

Exemples de questions de politique : *Est-il possible dans votre pays de réduire le besoin non satisfait de planification familiale et donc le nombre annuel de grossesses ? Quel est l'impact de l'évolution de la répartition urbaine/rurale de la population sur la sélection, la formation et le déploiement des personnels compétents dans la pratique de sage-femme ? Quelles sont les implications pour ces personnels de réductions accélérées de la mortalité maternelle et néonatale d'ici 2030 ?*

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

Cette section illustre l'évolution potentielle des effectifs de personnels compétents dans la pratique de sage-femme selon un scénario de maintien du statu quo ainsi que divers scénarios de politique.

La première rangée de graphiques indique les entrées et les sorties de personnels compétents dans la pratique de sage-femme au cours de la période 2012-2030. Le graphique de gauche illustre la réduction progressive du nombre de travailleurs de la santé en équivalents plein temps, la zone ombragée représentant les sorties au cours de cette période. Le graphique du centre représente les entrées en provenance d'établissements d'éducation nationaux. Le graphique de droite indique l'effet cumulatif des entrées et des sorties.

Les « hypothèses et scénarios » sont présentés à titre d'exemples. Ils illustrent l'impact potentiel de décisions de politique et mettent en évidence les changements en matière de besoins satisfaits pouvant être obtenus selon quatre scénarios distincts : réduction du nombre annuel de grossesses, accroissement du nombre de sages-femmes, personnels infirmiers et médecins, amélioration de l'efficacité, et réduction de l'attrition volontaire. Les deux graphiques du bas illustrent les différences entre le maintien du statu quo et la combinaison de scénarios de politique. Les changements en matière de besoins satisfaits sont basés sur les données communiquées par les pays et sur un ensemble standard de règles de décision exposé à l'annexe 5.

Exemples de questions de politique : *Quelles sont les opportunités d'amélioration de l'efficacité et de la gestion des effectifs actuels de personnels compétents dans la pratique de sage-femme ? Quel est le taux de renouvellement actuel de ces personnels et quels sont les mécanismes en place pour comptabiliser toutes les sorties et connaître les raisons de celles-ci ? Quelles sont les priorités politiques nationales concernant l'éventail des compétences et le déploiement des personnels compétents dans la pratique de sage-femme et quel en sera l'impact sur les besoins satisfaits ?*

AFGHANISTAN

En 2012, sur une population estimée à 29,8 millions d'habitants, 23,5 millions (79 %) vivaient en milieu rural et 6,5 millions (22 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 46 % pour atteindre 43,5 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,6 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 73 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 117,8 millions de visites prénatales, 20,3 millions d'accouchements et 81,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 573 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

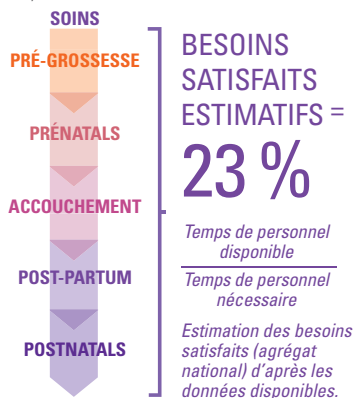


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	3 500 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	4 200 12
Obstétriciens et gynécologues	400 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	2
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	25
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/-
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	95 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

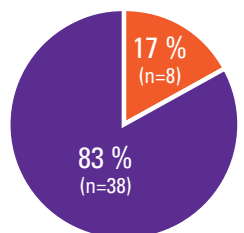
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2005
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

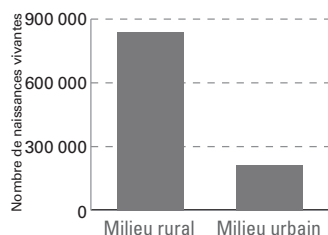
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

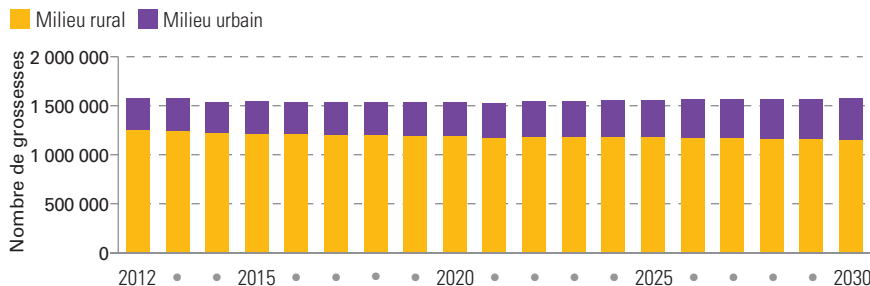
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

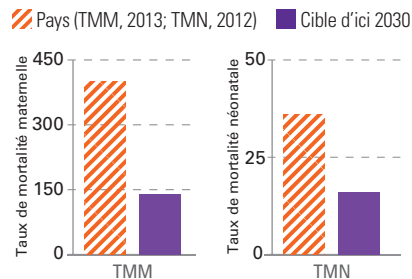


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

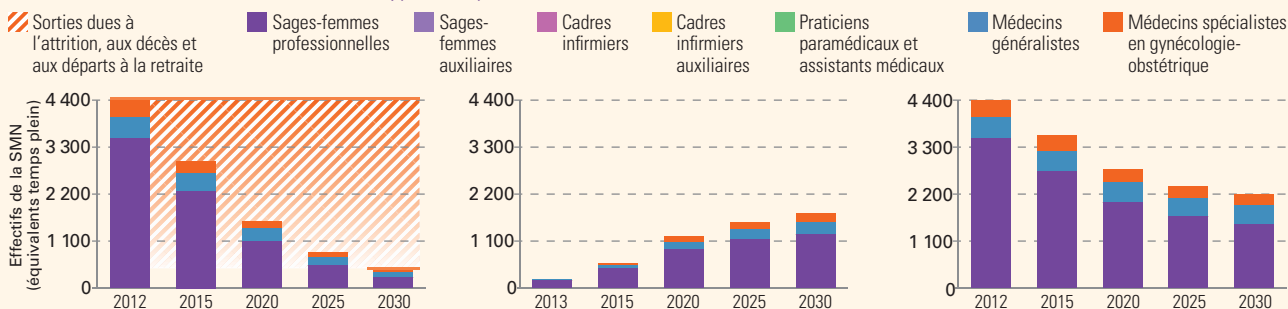
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,6 million → 1,3 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

8% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 14% DES BESOINS NETS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

8% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 12% DES BESOINS NETS EN 2030

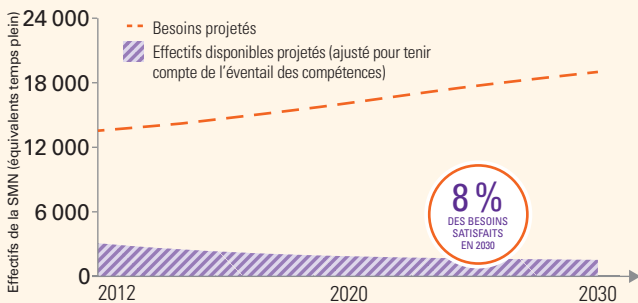
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

11% de perte → 5,5% de perte

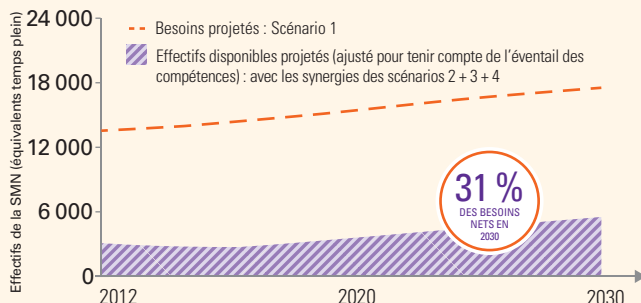
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

8% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 12% DES BESOINS NETS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

AFRIQUE DU SUD

En 2012, sur une population estimée à 52,4 millions d'habitants, 20,8 millions (40 %) vivaient en milieu rural et 14,1 millions (27 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,4. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 11 % pour atteindre 58,1 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,4 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 109,3 millions de visites prénatales, 20,1 millions d'accouchements et 80,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 531 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

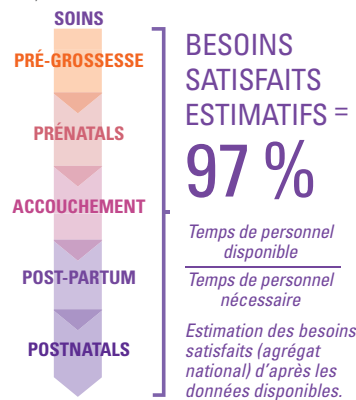


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)	
Sages-femmes	-	-
Sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O.	S.O.
Personnel infirmier	124 045	-
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O.	S.O.
Médecins généralistes	39 541	-
Obstétriciens et gynécologues	-	-



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	1
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Non, S.O.
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	S.O.
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	958/-
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Non

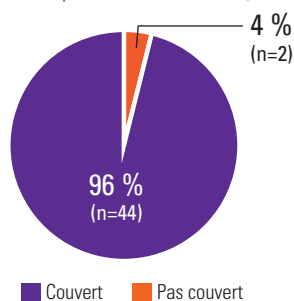
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1996, 2001
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

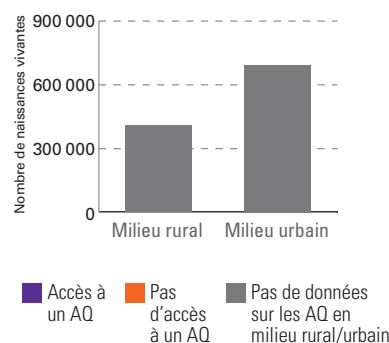
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

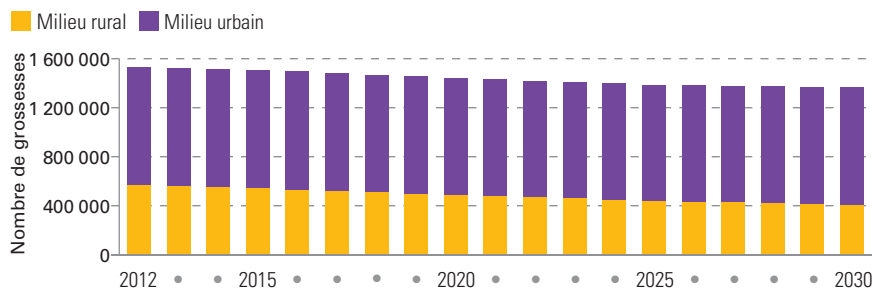
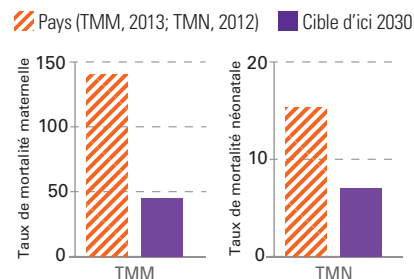


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

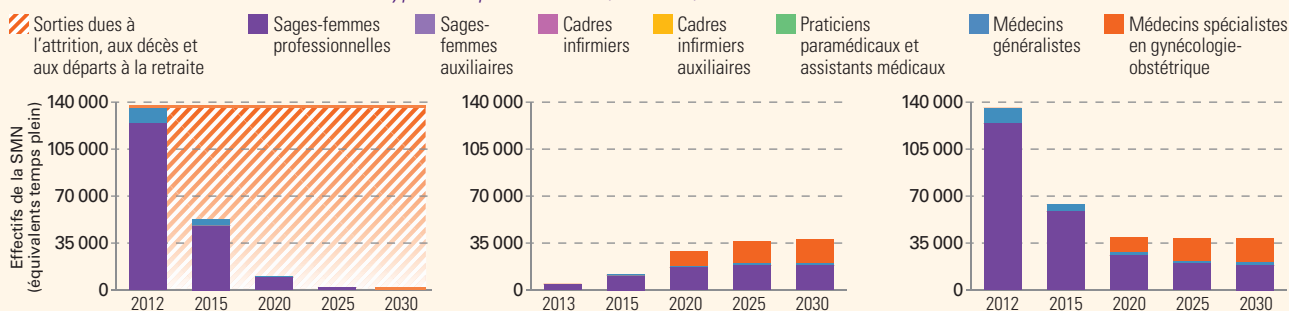
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

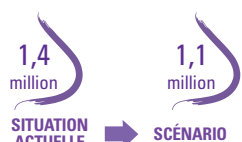
EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



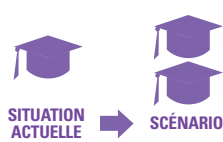
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.



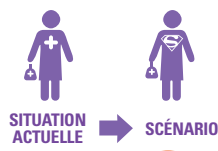
Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



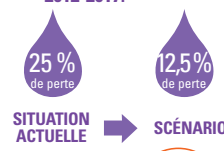
100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



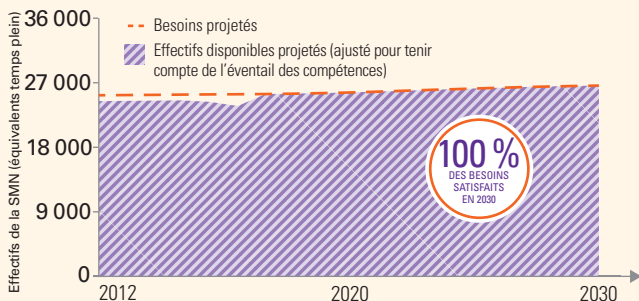
100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

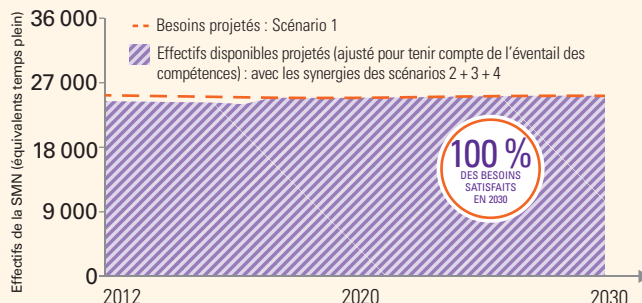


100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



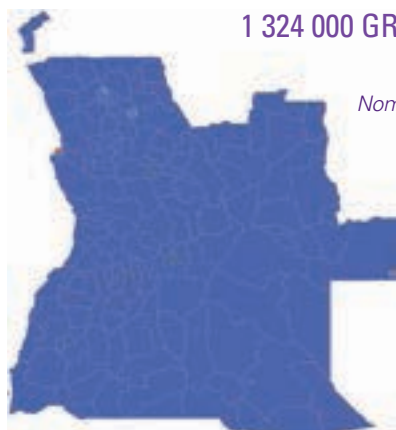
- Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes spécialistes (sages-femmes obstétriciennes); infirmières : comprend les infirmières professionnelles; médecins généralistes : comprend les médecins; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynécologues, les obstétriciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
- Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
- Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
- Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
- Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

ANGOLA

En 2012, sur une population estimée à 20,8 millions d'habitants, 12,5 millions (60 %) vivaient en milieu rural et 4,6 millions (22 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5,9. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 67 % pour atteindre 34,8 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,8 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 60 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 117,4 millions de visites prénatales, 21,3 millions d'accouchements et 85,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 324 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

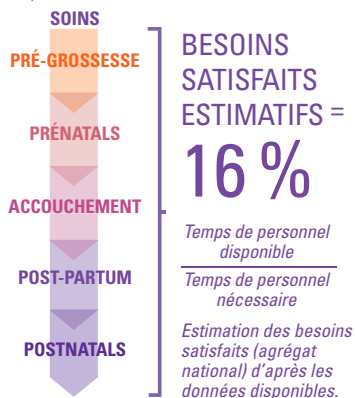


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	30
Sages-femmes auxiliaires	S.O.
Infirmières-sages-femmes	70
Personnel infirmier	S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	1 050
Cliniciens et assistants médicaux	15
Médecins généralistes	2 956
Obstétriciens et gynécologues	500



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, -
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/-
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	70 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

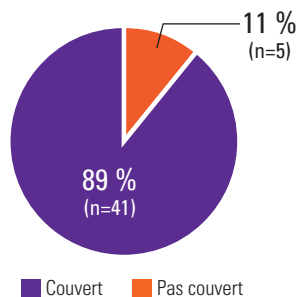
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2000, -
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

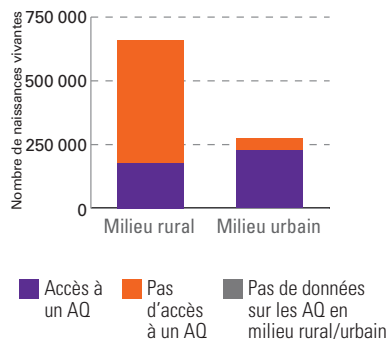
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

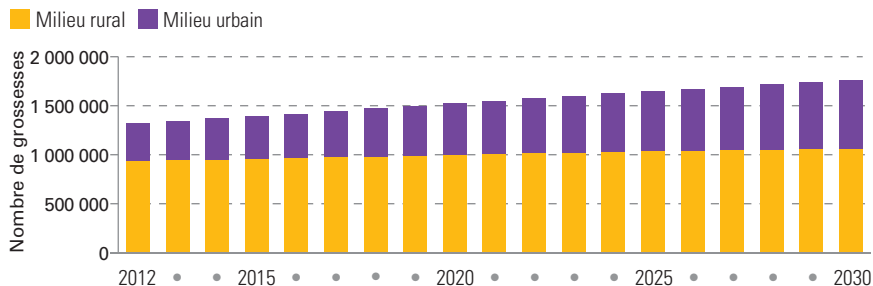


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

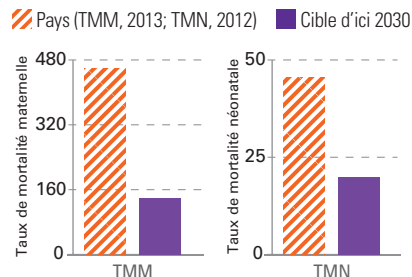
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

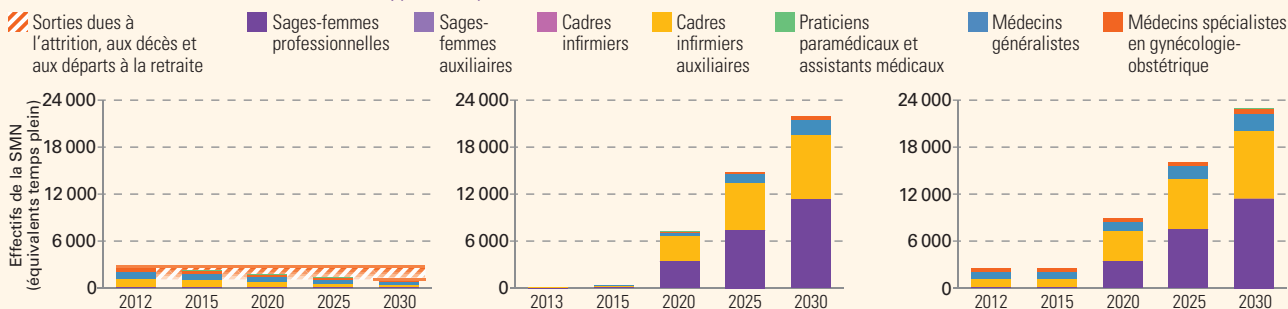
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,8 million → 1,4 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

76% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

76% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 99% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

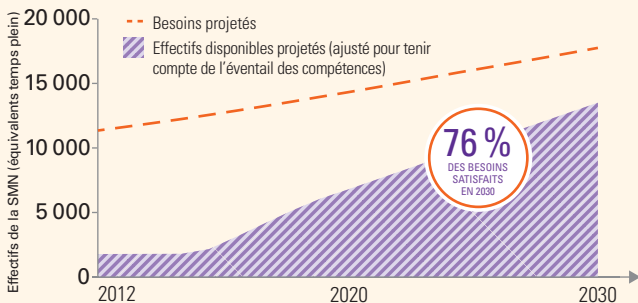
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

2% de perte → 1% de perte

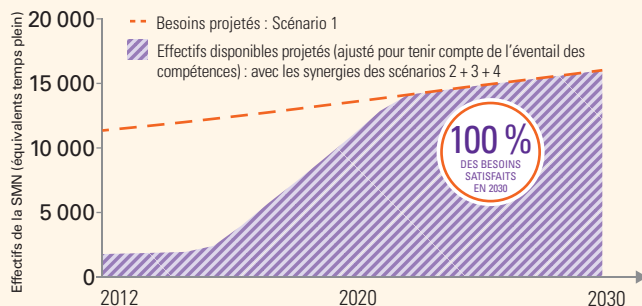
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

76% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 77% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les *licenciados em enfermagem*; infirmières sages-femmes : comprend les *enfermeiras parceiras especializadas*; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les *enfermeiras auxiliares*; médecins généralistes : comprend les *médicos de clínica geral*; obstétriciens et gynécologues : comprend les *médicos de ginecologia e obstetricia*; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les *licenciados em enfermagem e pós-graduados em ginecologia obstetricia*. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

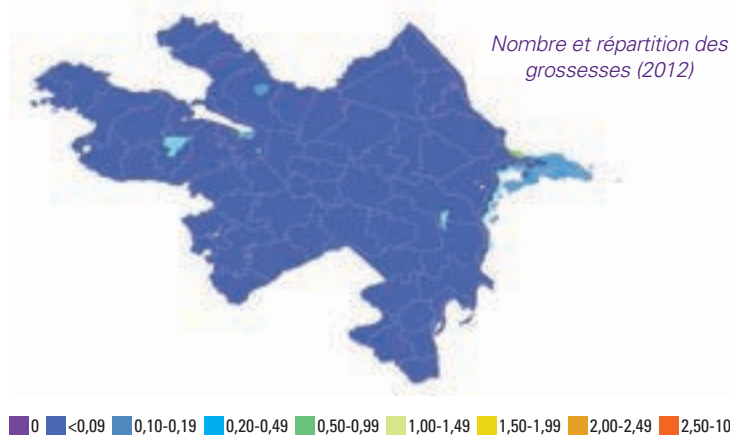
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

AZERBAÏDJAN

En 2012, sur une population estimée à 9,3 millions d'habitants, 5,4 millions (58 %) vivaient en milieu rural et 2,7 millions (29 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 1.9. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 13 % pour atteindre 10,5 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,2 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 53 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 15 millions de visites prénatales, 2,8 millions d'accouchements et 11,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

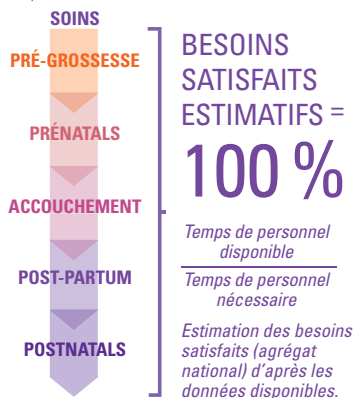
BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

234 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	5 831 100
Sages-femmes auxiliaires	2 533 100
Infirmières-sages-femmes	2 200 100
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	8 604 100
Obstétriciens et gynécologues	2 005 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	5
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2009
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	5
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	356/6
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	64 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	3
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Non/Oui

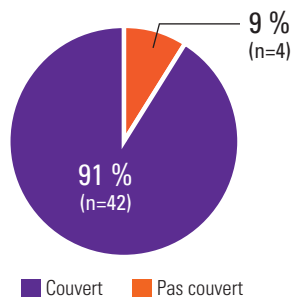
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2001
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; – = absence de données

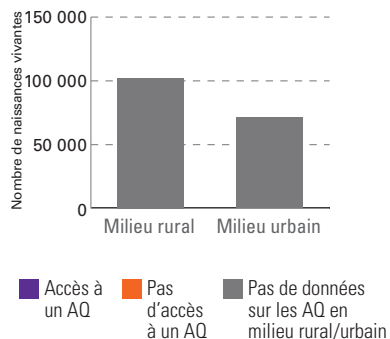
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

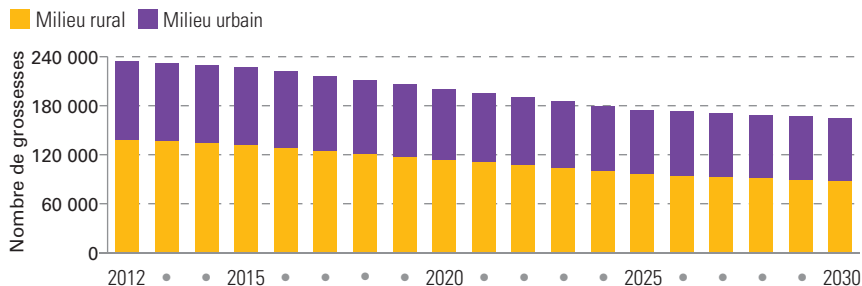


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

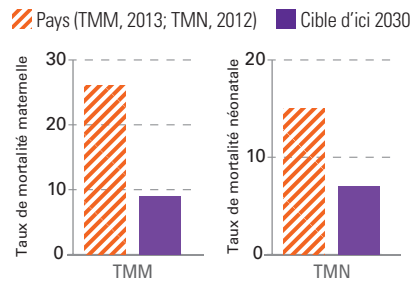
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

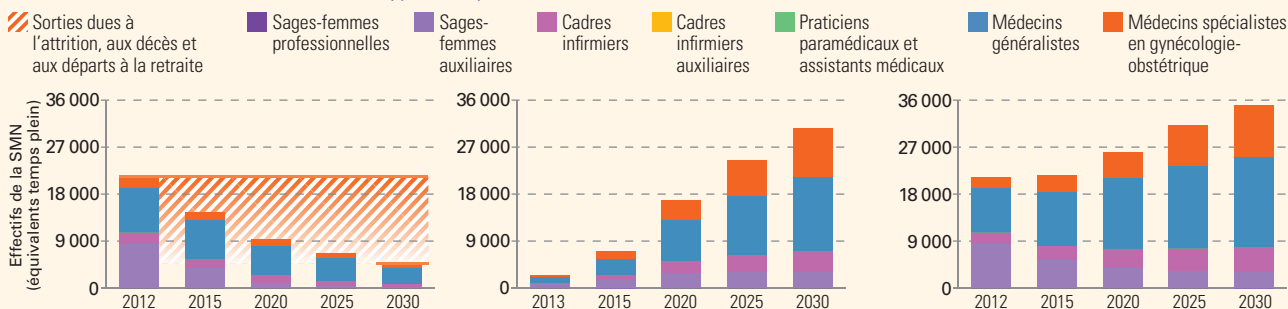
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,16 million → 0,13 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

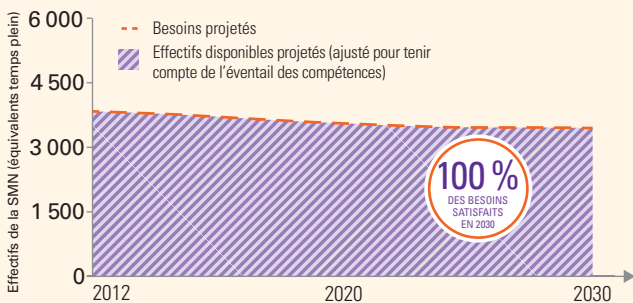
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

12% de perte → 6% de perte

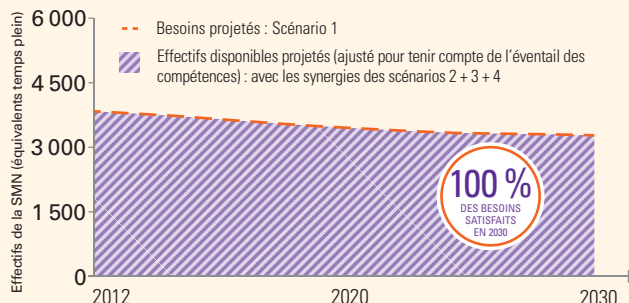
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les professionnels associés de la pratique de sage-femme; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; médecins généralistes : comprend les médecins; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

BANGLADESH

En 2012, sur une population estimée à 154,7 millions d'habitants, 111,2 millions (72 %) vivaient en milieu rural et 43,2 millions (28 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,2. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 20 % pour atteindre 185,1 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 4,3 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 66 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 359,8 millions de visites prénatales, 57,6 millions d'accouchements et 230,2 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

5 090 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

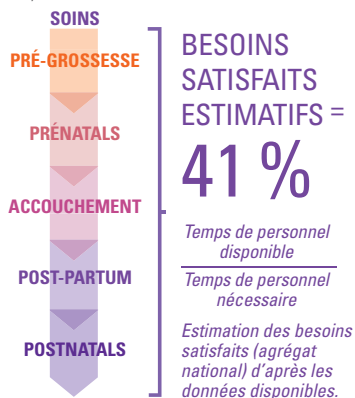


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	0
Sages-femmes auxiliaires	14 377
Infirmières-sages-femmes	18 684
Personnel infirmier	S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	9 036
Médecins généralistes	53 603
Obstétriciens et gynécologues	802



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

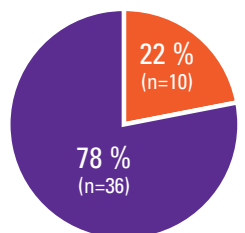
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2010
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

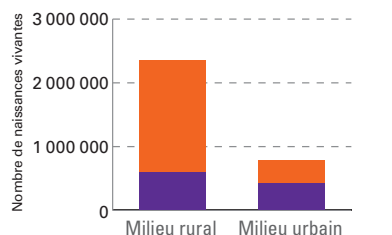
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

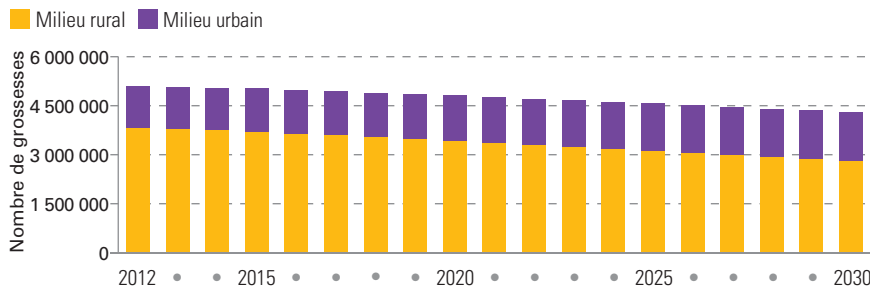
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

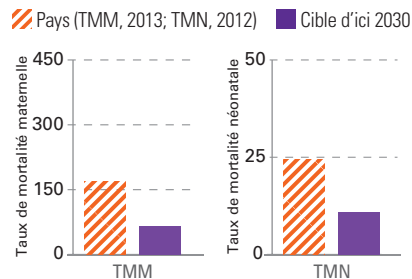


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

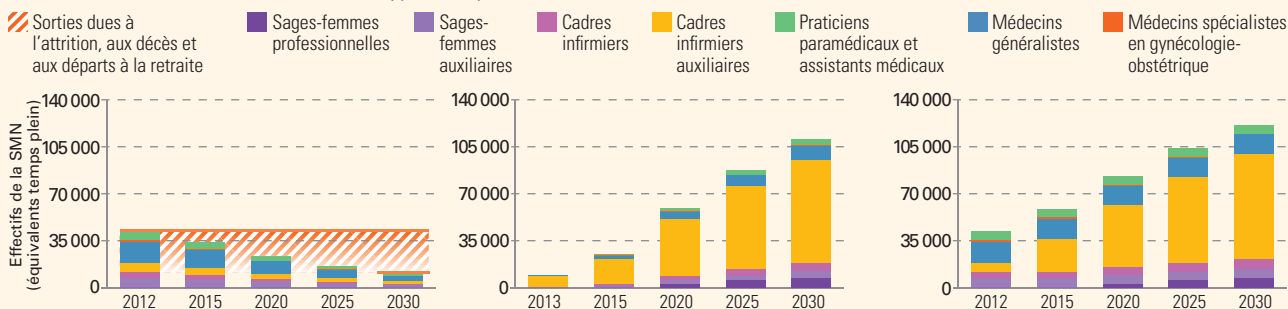
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

4,3 millions → 3,4 millions

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

52% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 72% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

52% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 66% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

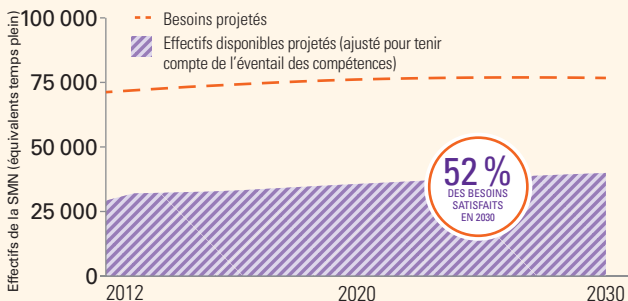
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

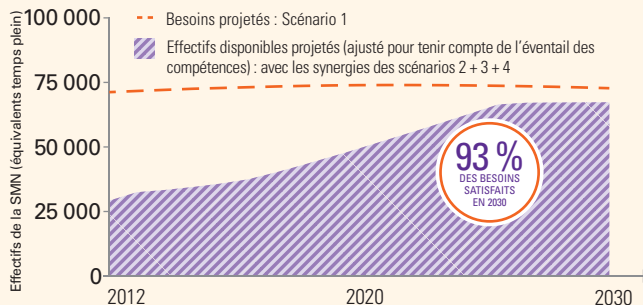
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

52% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 58% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes diplômées filière entrée directe (nouvelle catégorie); sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes subalternes, visiteuses du bien-être familial, accoucheurs communautaires qualifiés; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes, infirmières sages-femmes titulaire d'un certificat post-élémentaire en pratique de sage-femme; médecins généralistes : comprend les MBBS; obstétriciens et gynécologues : comprend les spécialistes en obstétrique et gynécologie; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les agents de santé communautaires adjoints (SACMO). Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

BÉNIN

En 2012, sur une population estimée à 10,1 millions d'habitants, 6,5 millions (64 %) vivaient en milieu rural et 2,4 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,9. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 54 % pour atteindre 15,5 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,6 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 59 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 43,4 millions de visites prénatales, 8,1 millions d'accouchements et 32,5 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)



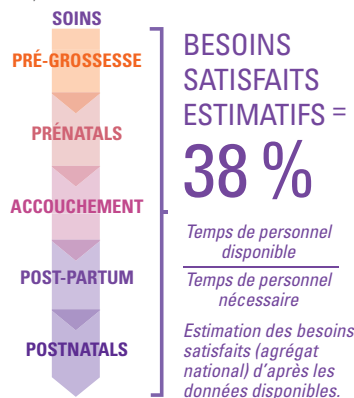
508 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	943 / 81
Sages-femmes auxiliaires	5 462 / 53
Infirmières-sages-femmes	S.O. / S.O.
Personnel infirmier	1 156 / 51
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. / S.O.
Médecins généralistes	149 / 24
Obstétriciens et gynécologues	26 / 76



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	40
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

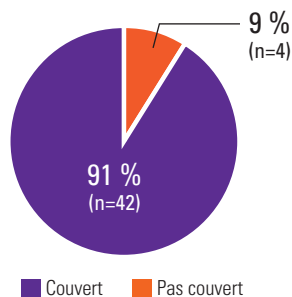
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1990, 2008
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

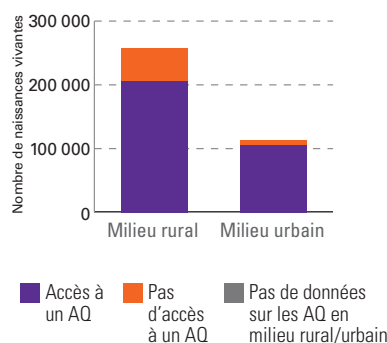
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

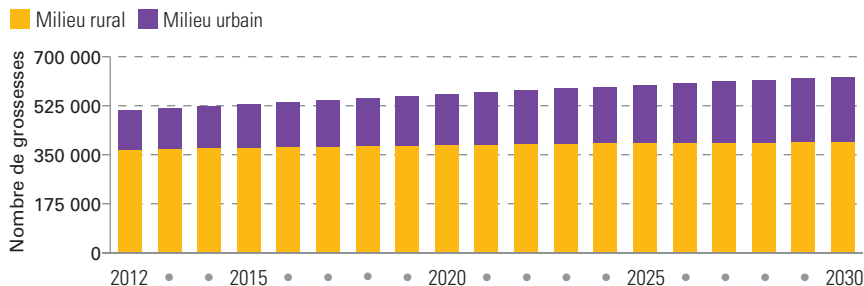


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

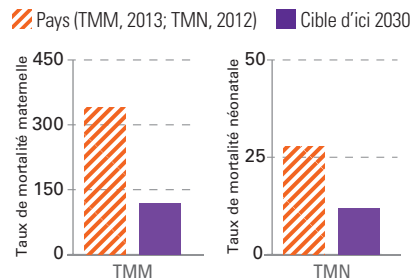
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

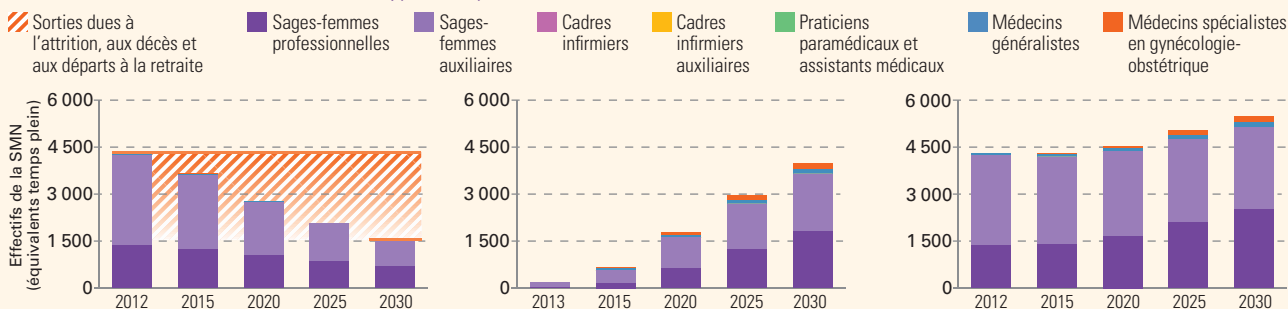
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,6 million → 0,5 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

48% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 66% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

48% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 59% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

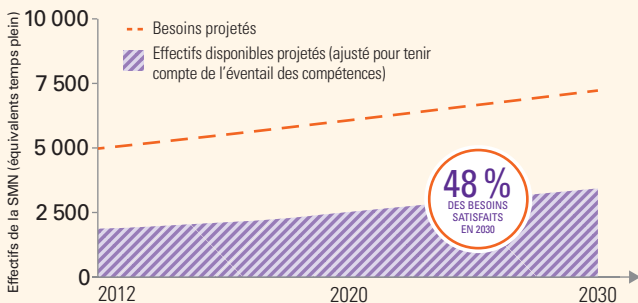
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

3% de perte → 1,5% de perte

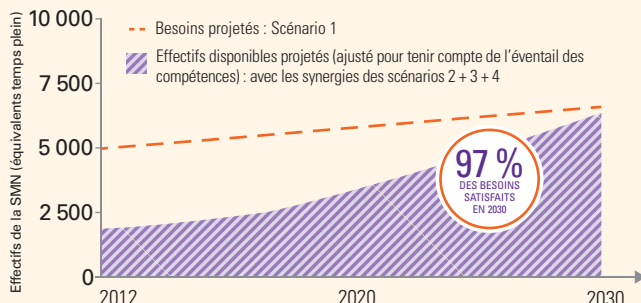
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

48% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 49% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE

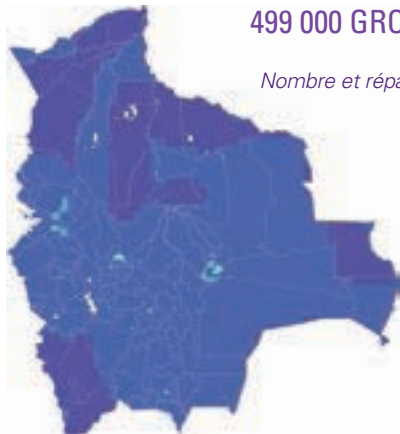


1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les aides-soignantes; personnels infirmiers : comprend les infirmières diplômées d'État; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

BOLIVIE

En 2012, sur une population estimée à 10,5 millions d'habitants, 6,7 millions (64 %) vivaient en milieu rural et 2,7 millions (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,3. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 30 % pour atteindre 13,7 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,5 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 68 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 39,3 millions de visites prénatales, 5,5 millions d'accouchements et 22 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)



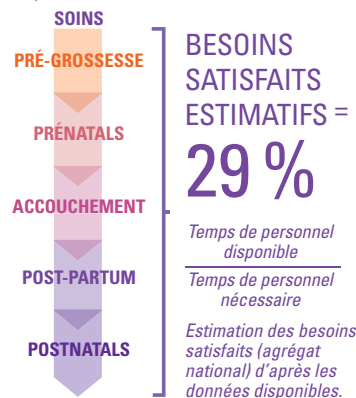
499 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays		Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	15	60
Sages-femmes auxiliaires	7 324	15
Infirmières-sages-femmes	10	60
Personnel infirmier	S.O.	S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O.	S.O.
Médecins généralistes	1 550	30
Obstétriciens et gynécologues	1 016	60



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	5
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	60
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	5
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

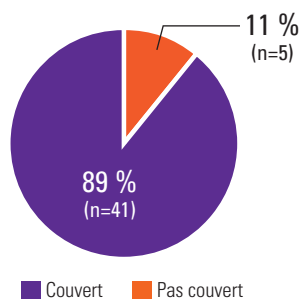
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1952
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

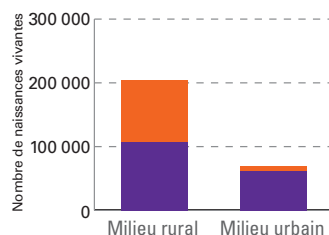
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

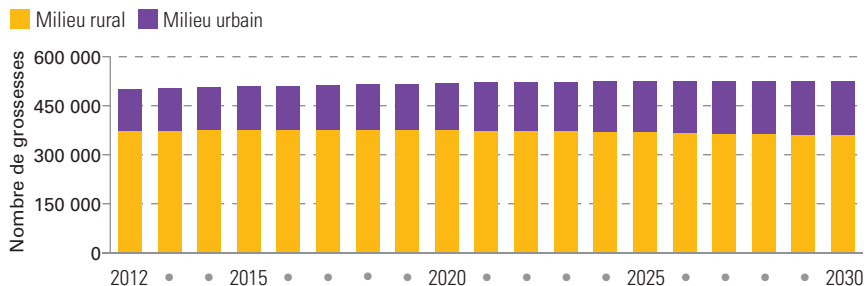
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

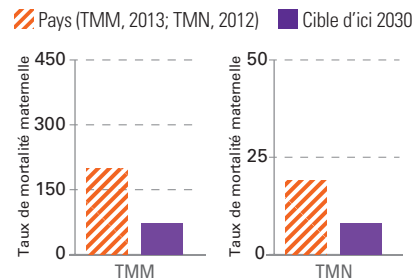


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

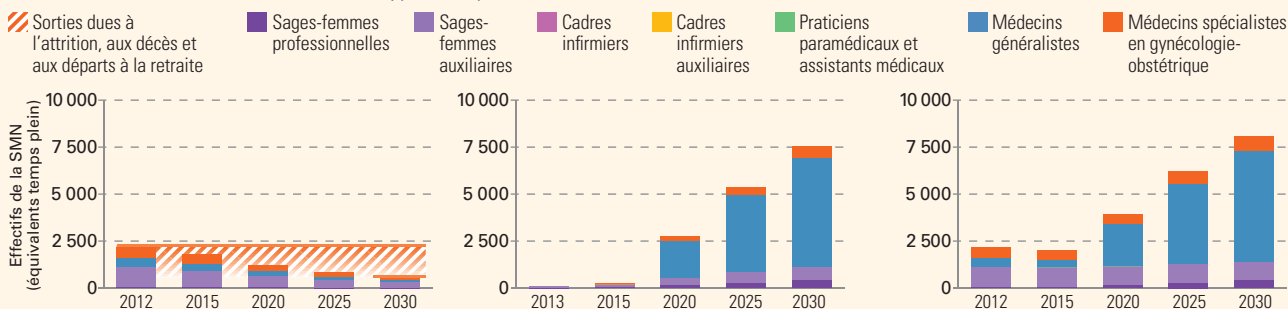
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,52 million → 0,42 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

89% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

89% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 98% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

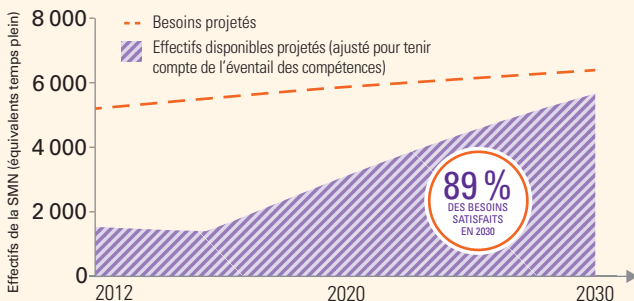
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

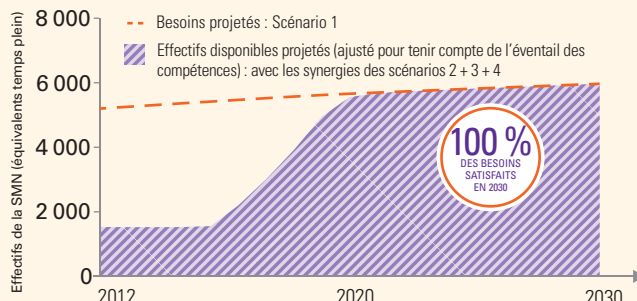
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

89% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 96% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les *enfermeras parteras*; sages-femmes auxiliaires : comprend les *auxiliares de enfermeria*; infirmières sages-femmes : comprend les *enfermeras obstetricas*; médecins généralistes : comprend les obstétriciens et gynécologues ; comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPIER.
 3. Cette information concerne la catégorie des infirmières sages-femmes : *enfermeras obstetricas*.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

BOTSWANA

En 2012, sur une population estimée à 2 millions d'habitants, 1 millions (52 %) vivaient en milieu rural et 0,5 millions (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2.6. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 17 % pour atteindre 2,3 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,06 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 4,8 millions de visites prénatales, 0,9 million d'accouchements et 3,6 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

65 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

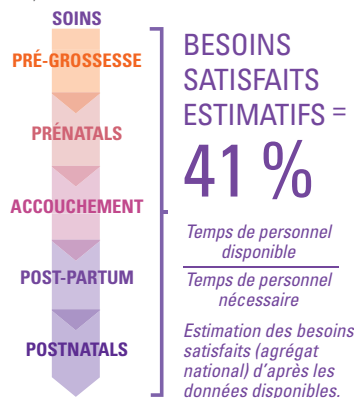


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	1 501 80
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	- 80
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	591 60
Obstétriciens et gynécologues	3 80



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	2
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	52
Nombre de diplômées 2012 /en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	98/7
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	4
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

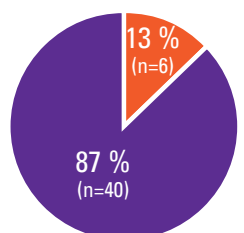
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2012
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

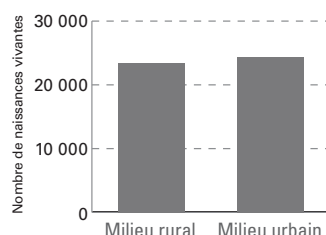
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

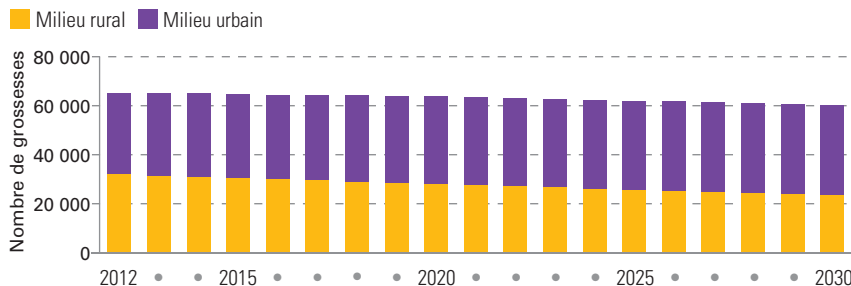
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

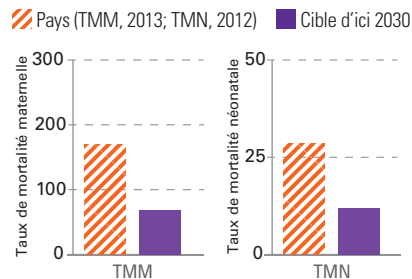


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

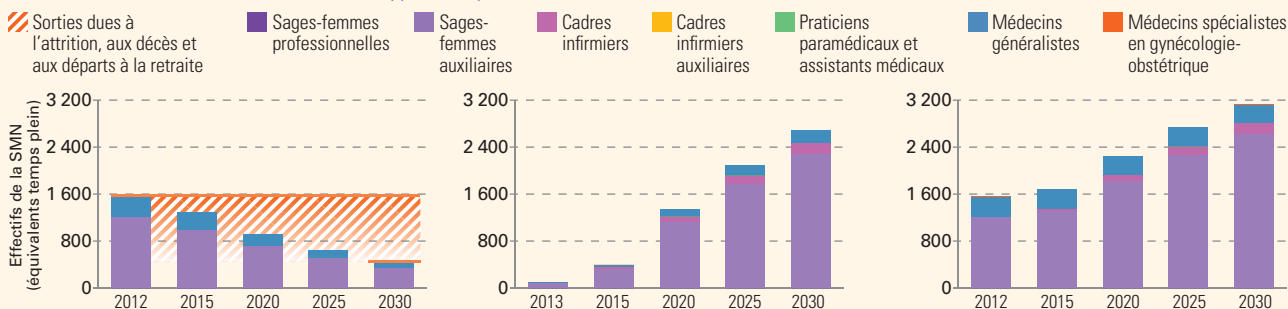
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,06 million → 0,05 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

47% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 67% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

47% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 59% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

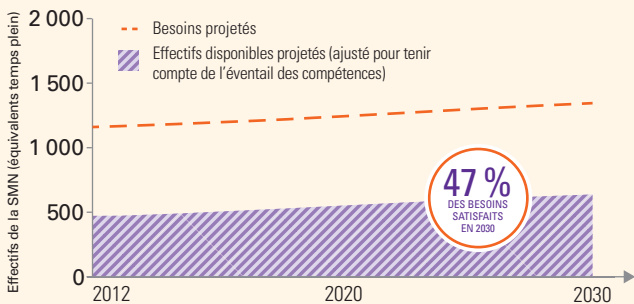
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

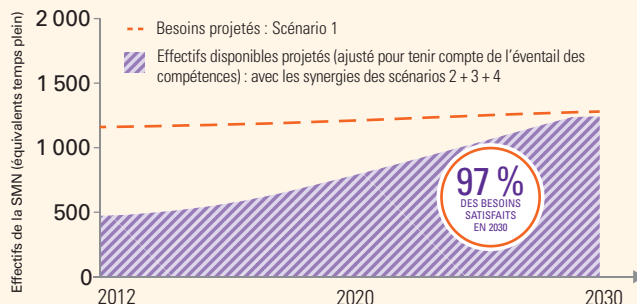
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

47% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 52% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières : comprend les infirmiers/infirmières communautaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

BRÉSIL

En 2012, sur une population estimée à 198,7 millions d'habitants, 78,6 millions (40 %) vivaient en milieu rural et 54,6 millions (28 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 1,8. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 12 % pour atteindre 222,7 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 4,5 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 369,1 millions de visites prénatales, 55,4 millions d'accouchements et 221,7 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

5 151 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

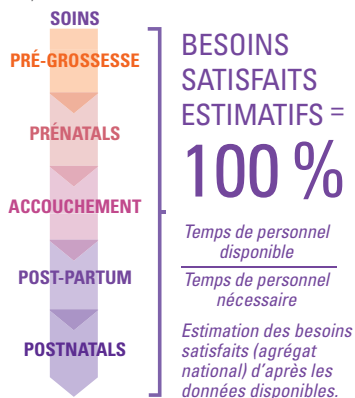


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	2 981 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	909 610 -
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	528 483 -
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	167 225 -
Obstétriciens et gynécologues	22 815 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 /en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/-
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	4
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

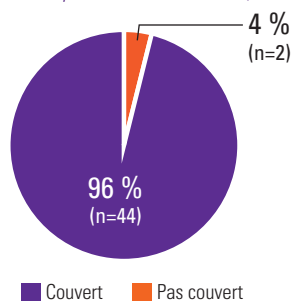
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles 1926, 1995, 2001	Rôles joués par les associations professionnelles :
	Perfectionnement professionnel continu
	Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle
	Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN
	Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN
	Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire

S.O. = sans objet; - = absence de données

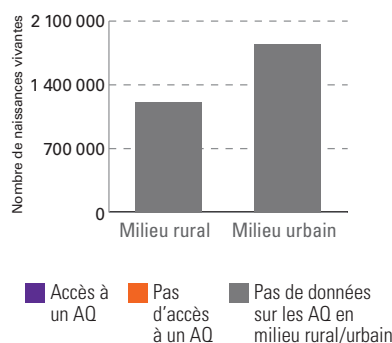
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

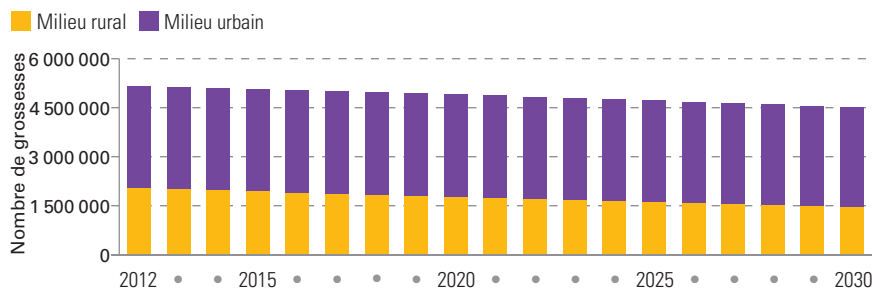
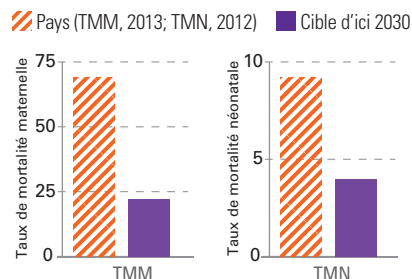


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

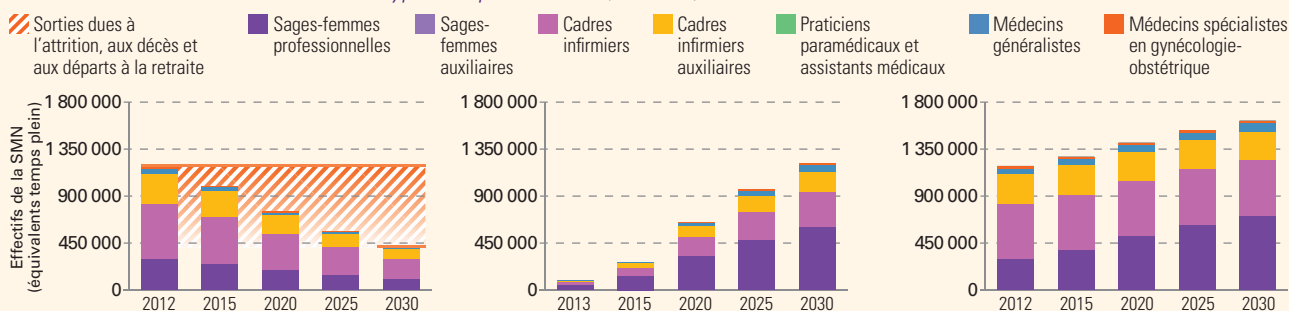
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

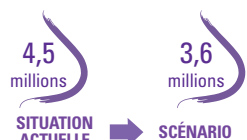
EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



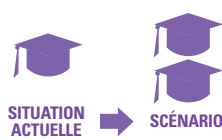
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.



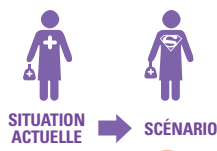
Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



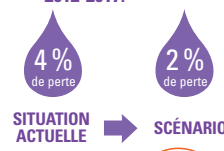
100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les obstétriciens, les infirmières obstétriciennes; infirmières : comprend les infirmières/infirmiers généralistes, familiaux, spécialisés et techniciennes/techniciens; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières auxiliaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes, chirurgiens généralistes, médecins de famille; obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins obstétriciens et gynécologues. Source : SoVMMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

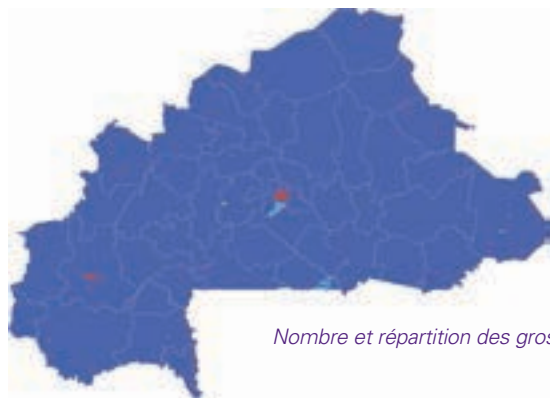
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

BURKINA FASO

En 2012, sur une population estimée à 16,5 millions d'habitants, 11,4 millions (69 %) vivaient en milieu rural et 3,8 millions (23 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5,6. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 61 % pour atteindre 26,6 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,2 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 64 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 83,8 millions de visites prénatales, 15,2 millions d'accouchements et 60,8 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

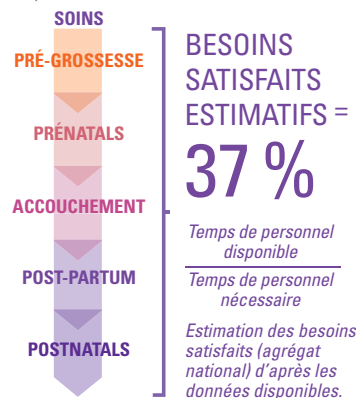
BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

967 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	1 316 100
Sages-femmes auxiliaires	3 130 100
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	3 158 30
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	31 100
Médecins généralistes	360 30
Obstétriciens et gynécologues	86 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	100
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	343/26
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	80 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

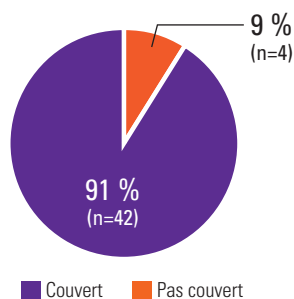
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1973, 1997
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

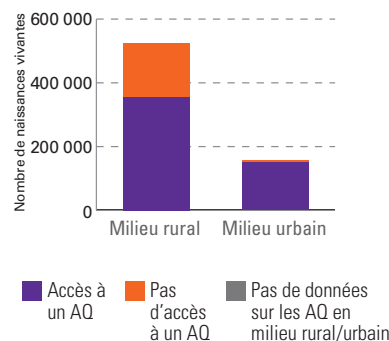
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

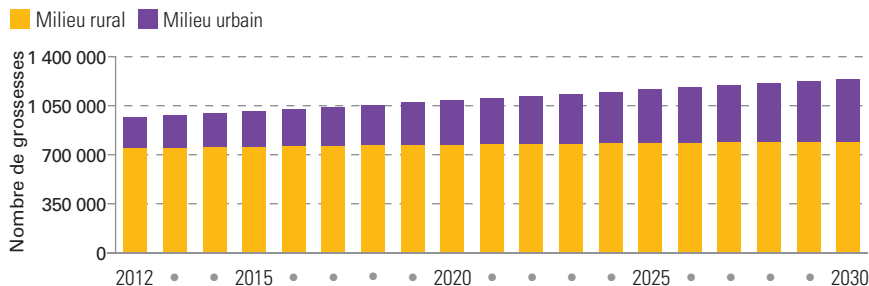


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

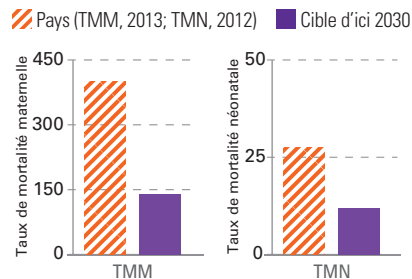
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

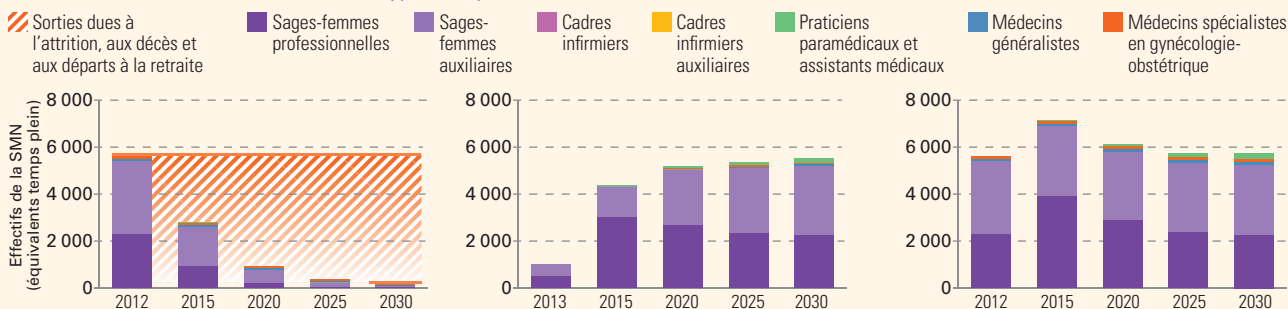
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,2 million → 1,0 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

31% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 44% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

31% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 40% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

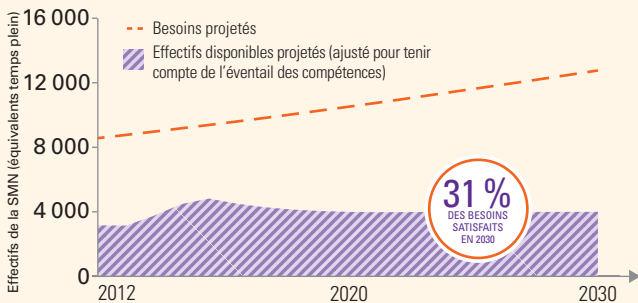
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

20% de perte → 10% de perte

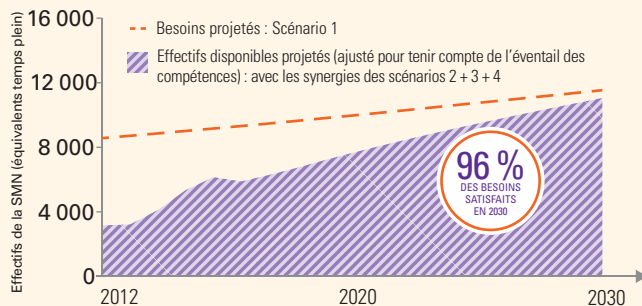
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

31% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 45% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes et maieuticiens; sages-femmes auxiliaires : comprend les accoucheuses auxiliaires et accoucheuses brevetées; infirmières : comprend les infirmières d'Etat; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins spécialistes (obstétrique/gynécologie); cliniciens et assistants médicaux : comprend les attachés de santé en soins obstétricaux et gynécologie. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

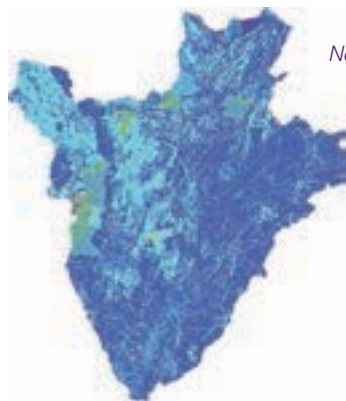
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

BURUNDI

En 2012, sur une population estimée à 9,8 millions d'habitants, 8,7 millions (89 %) vivaient en milieu rural et 2,4 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 6,1. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 66 % pour atteindre 16,4 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,8 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 85 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 54 millions de visites prénatales, 9,9 millions d'accouchements et 39,6 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

622 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

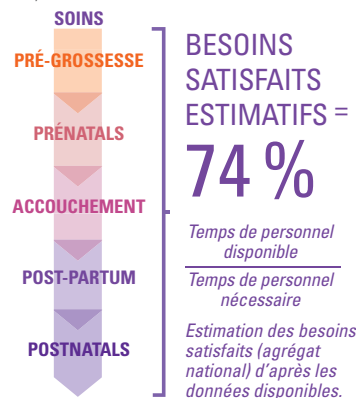


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	35
Sages-femmes auxiliaires	S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O.
Personnel infirmier	5 424
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	-
Cliniciens et assistants médicaux	S.O.
Médecins généralistes	430
Obstétriciens et gynécologues	21



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	240
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	22/63
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

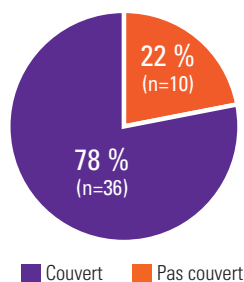
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2006, -
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

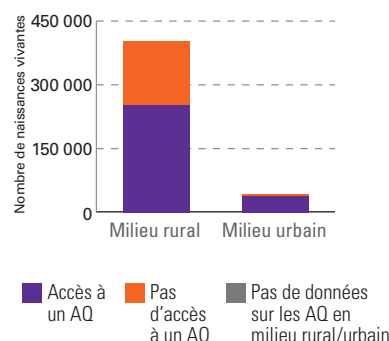
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

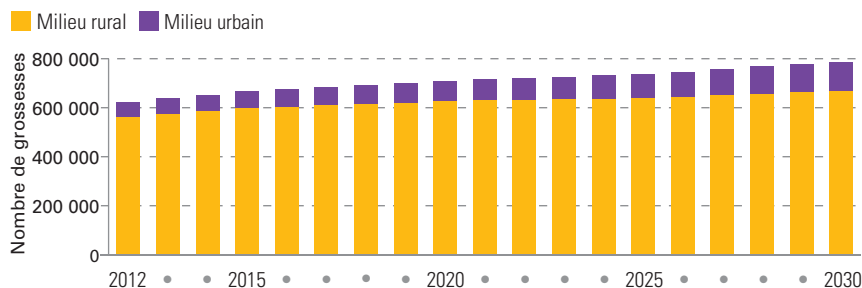


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

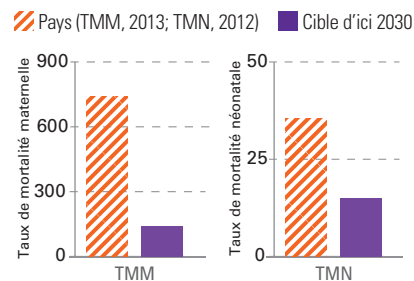
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

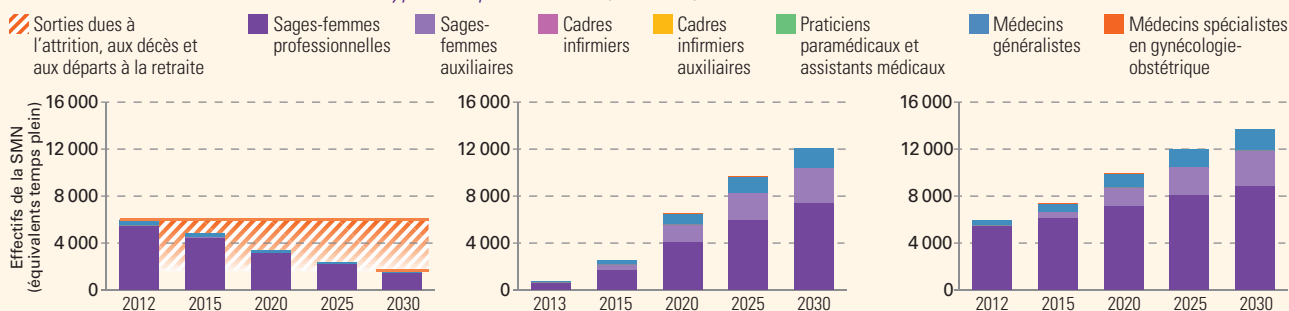
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,79 million → 0,63 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

96% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

96% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

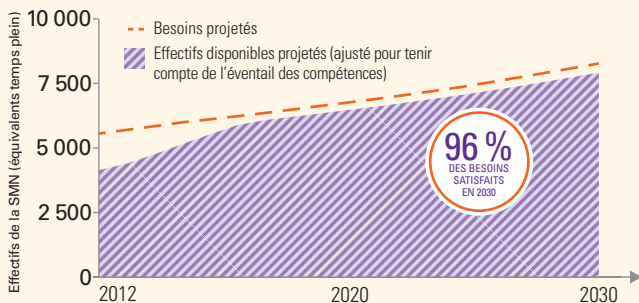
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

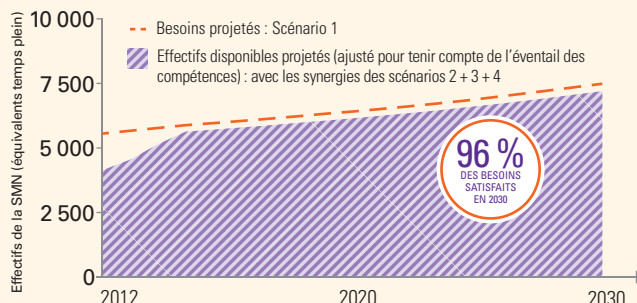
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

96% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières : comprend les infirmières; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières auxiliaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynécologues-obstétriciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

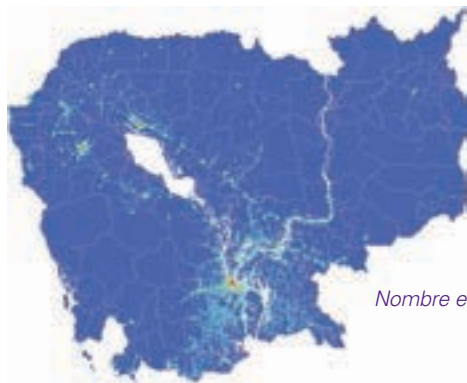
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

CAMBODGE

En 2012, sur une population estimée à 14,9 millions d'habitants, 12,3 millions (83 %) vivaient en milieu rural et 4,1 millions (27 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,9. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 29 % pour atteindre 19,1 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,6 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 84 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 50,1 millions de visites prénatales, 7,3 millions d'accouchements et 29,1 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

698 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

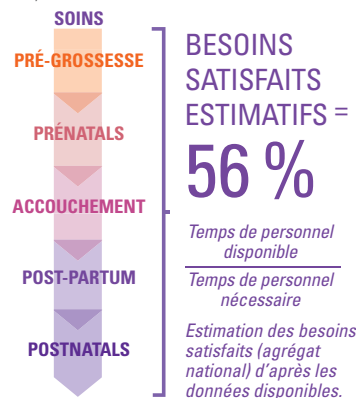


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	2 792 / 100
Sages-femmes auxiliaires	2 336 / 100
Infirmières-sages-femmes	- / 100
Personnel infirmier	S.O. / S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. / S.O.
Médecins généralistes	3 219 / 40
Obstétriciens et gynécologues	- / 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	413/15
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	95 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

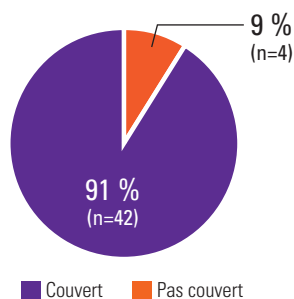
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1994
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

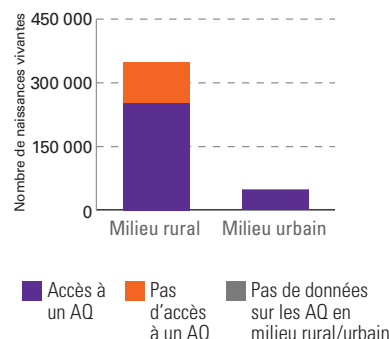
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

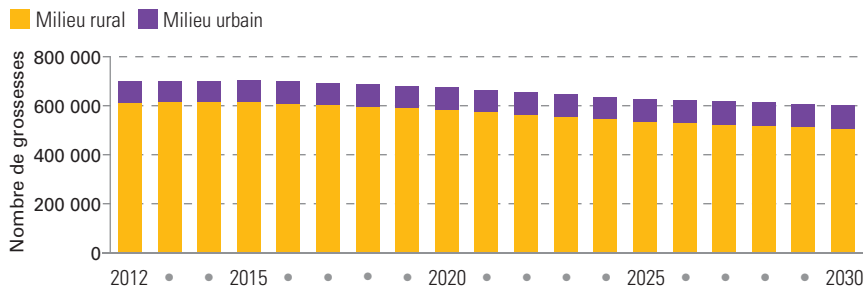


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

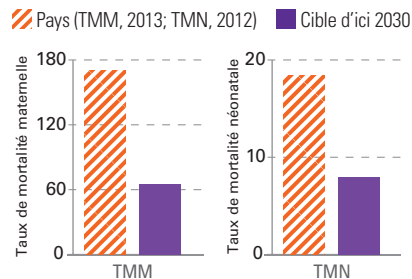
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

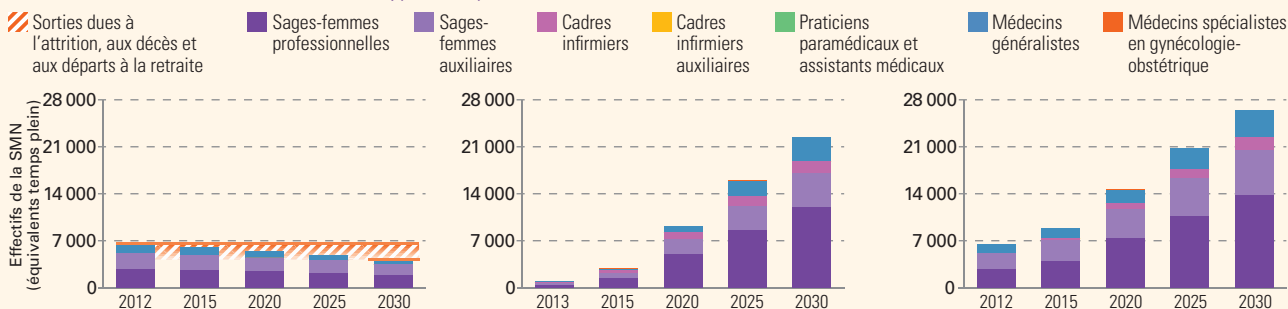
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,60 million → 0,48 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 88% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 88% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

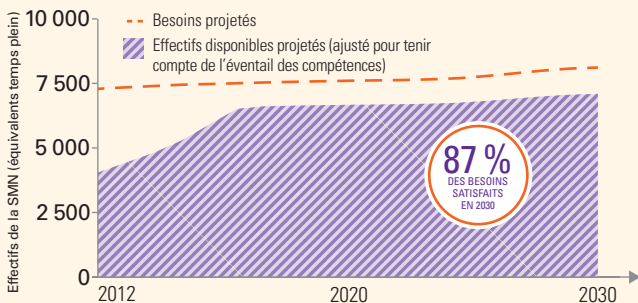
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

0% de perte → 0% de perte

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 88% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes de soins primaires; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

CAMEROUN

En 2012, sur une population estimée à 21,7 millions d'habitants, 11,7 millions (54 %) vivaient en milieu rural et 5,1 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,8. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 52 % pour atteindre 33,1 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,4 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 52 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 94,7 millions de visites prénatales, 17,7 millions d'accouchements et 71 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 126 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

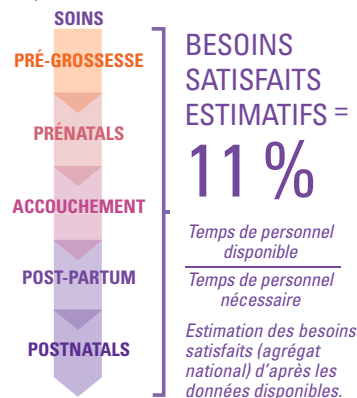


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	127 / 90
Sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Infirmières-sages-femmes	27 / 45
Personnel infirmier	S.O. / S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	1 300 / 90
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. / S.O.
Médecins généralistes	1 420 / 25
Obstétriciens et gynécologues	140 / 60



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	85
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	0 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

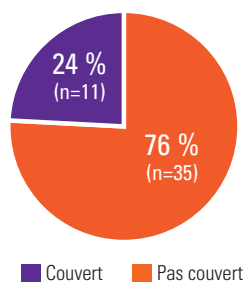
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2008
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; – = absence de données

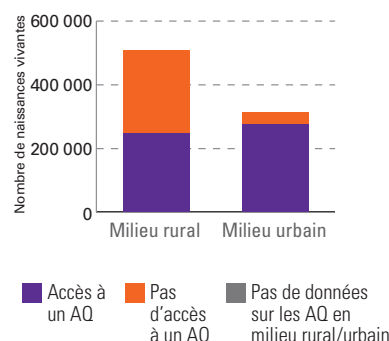
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

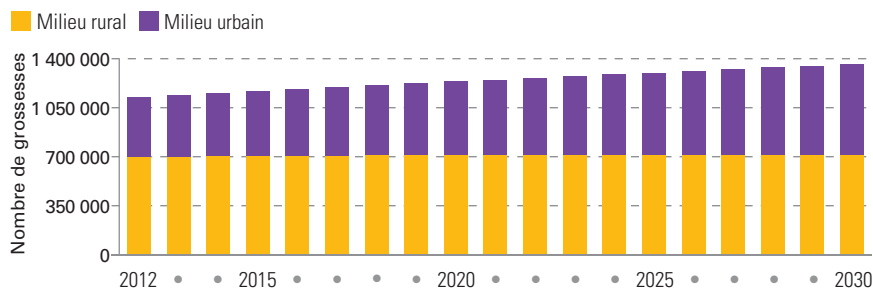
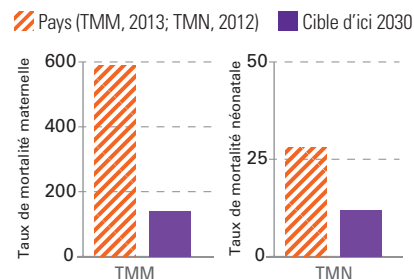


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

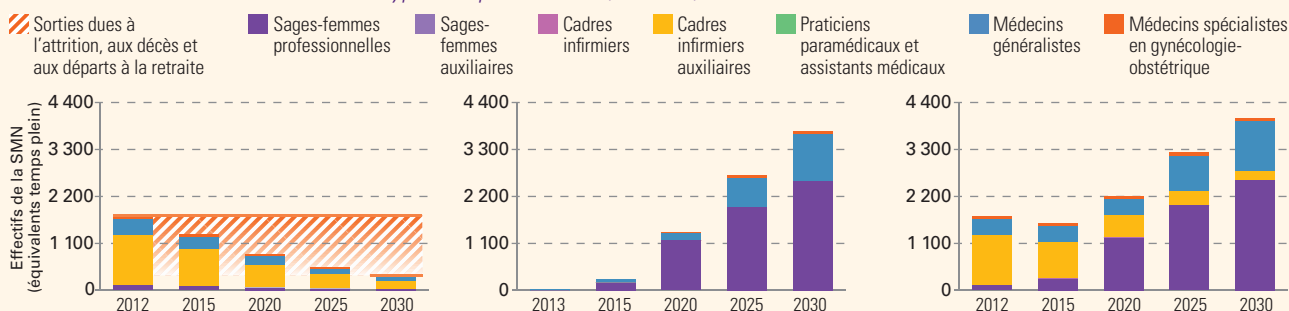
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

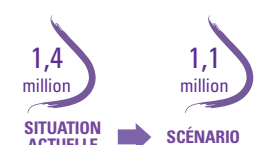
EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



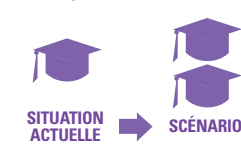
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

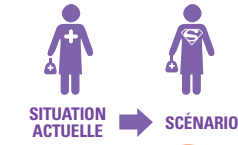


Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

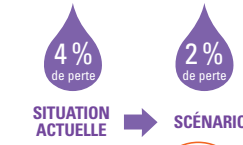
2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



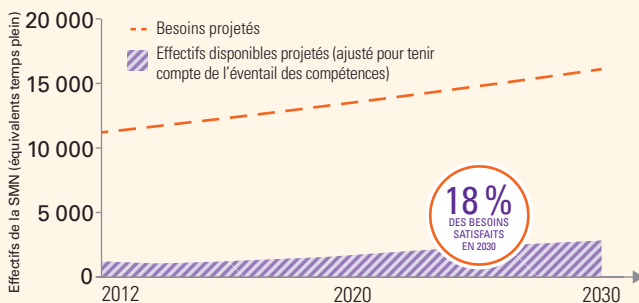
3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



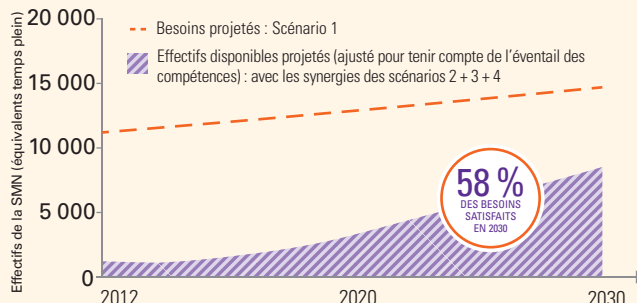
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières diplômées d'État accoucheurs, infirmières spécialisées en santé de la reproduction; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières brevetées accoucheurs (IBA); médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynécologues-obstétriciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPIER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

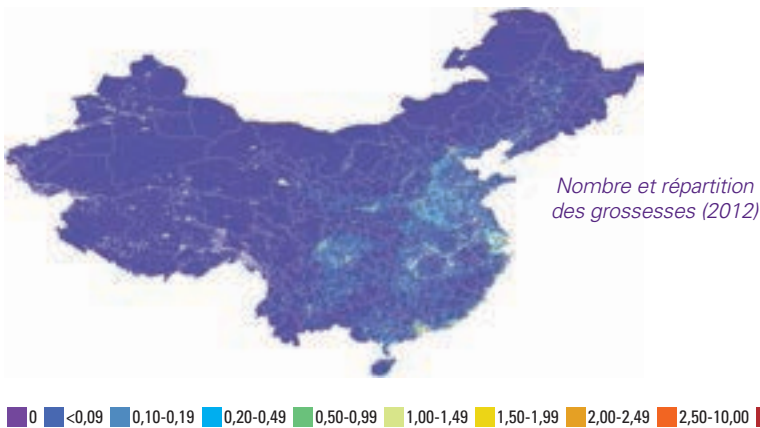
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

CHINE

En 2012, sur une population estimée à 1 377,1 millions d'habitants, 660 millions (48 %) vivaient en milieu rural et 375,4 millions (27 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 1,7. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 6 % pour atteindre 1 453,3 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 24,8 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 2 154,8 millions de visites prénatales, 308,5 millions d'accouchements et 1 234,0 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

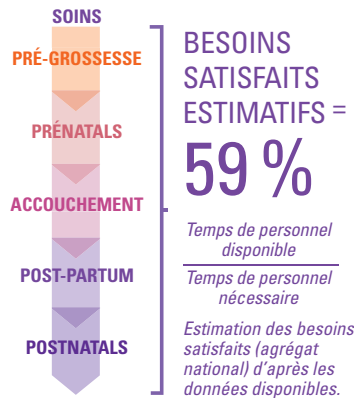
BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

32 464 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)	
	S.O.	S.O.
Sages-femmes	S.O.	S.O.
Sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Infirmières-sages-femmes	217 670	100
Personnel infirmier	S.O.	S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O.	S.O.
Médecins généralistes	-	100
Obstétriciens et gynécologues	245 698	100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	-
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/-
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

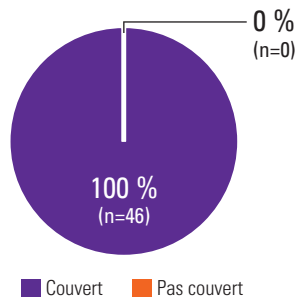
La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Non
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	0
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Non/Non

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1909
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

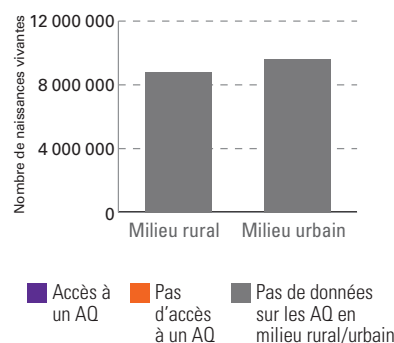
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

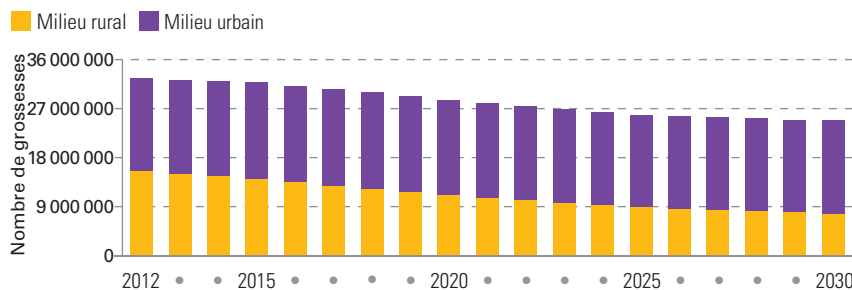


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

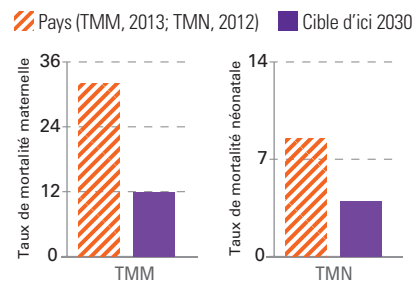
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

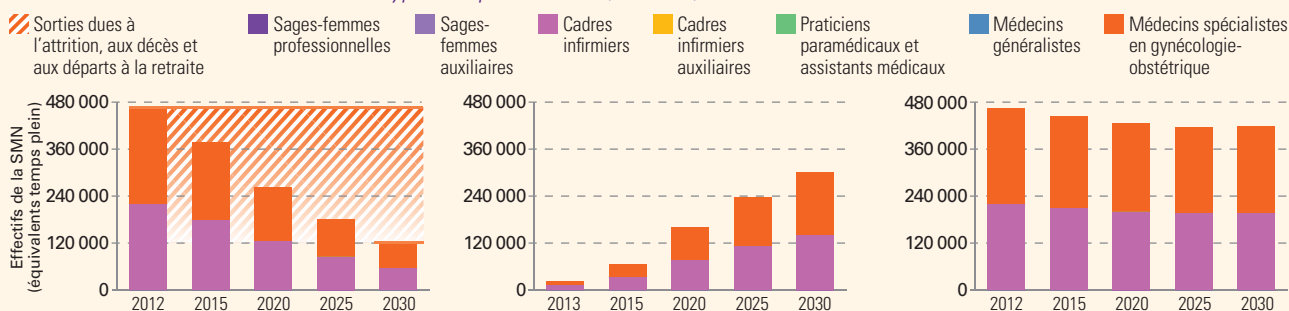
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

24,8 millions (SITUATION ACTUELLE) → 19,8 millions (SCÉNARIO)

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

64% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

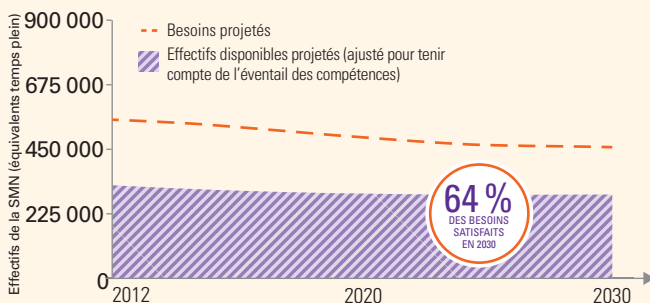
64% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 91% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

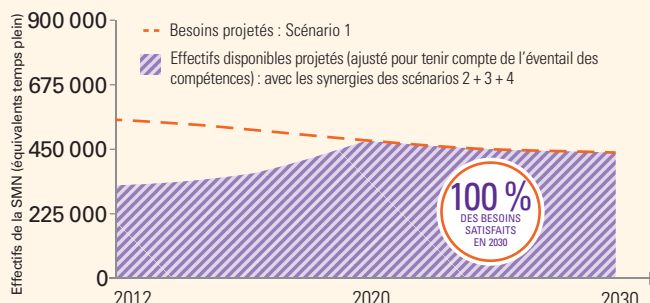
4% de perte (SITUATION ACTUELLE) → 2% de perte (SCÉNARIO)

64% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 77% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - infirmières sages-femmes : comprend les infirmières/infirmières (ob/gyn); médecins généralistes : comprend les prestataires de services de SMN; obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins obstétriciens-gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-DMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières sages-femmes : infirmiers/infirmières (ob/gyn).

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

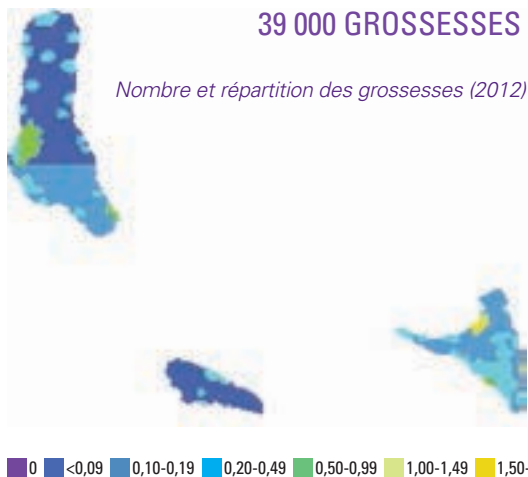
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

COMORES

En 2012, sur une population estimée à 0,7 million d'habitants, 0,4 million (54 %) vivaient en milieu rural et 0,2 million (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,7. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 47 % pour atteindre 1,1 million d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,05 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 3,3 millions de visites prénatales, 0,6 million d'accouchements et 2,4 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

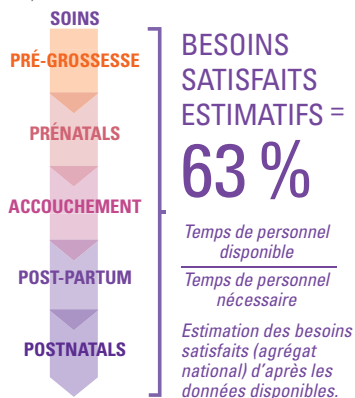
BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

39 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	284 100
Sages-femmes auxiliaires	11 100
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	197 20
Obstétriciens et gynécologues	6 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2003
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	39
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	17/6
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	10 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

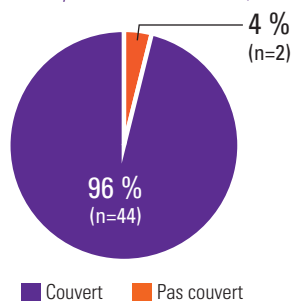
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2012
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

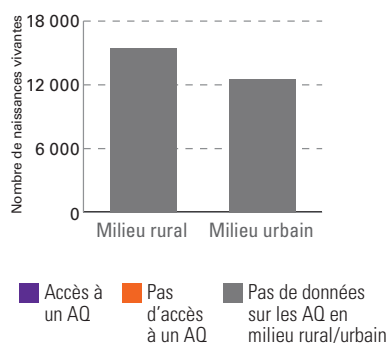
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

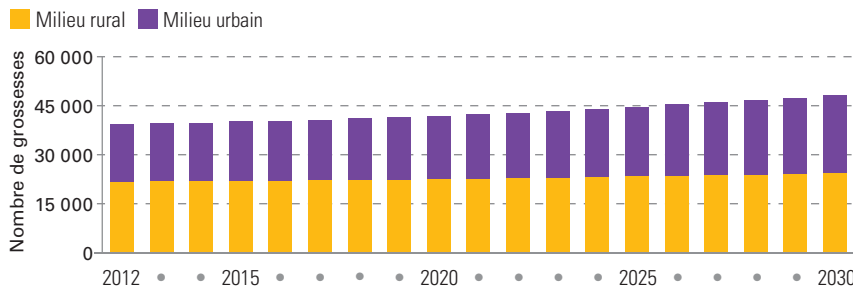


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

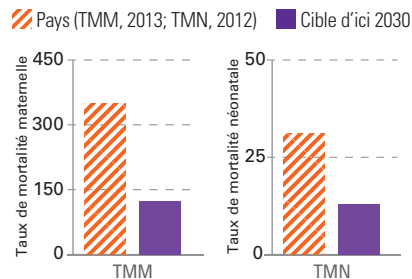
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

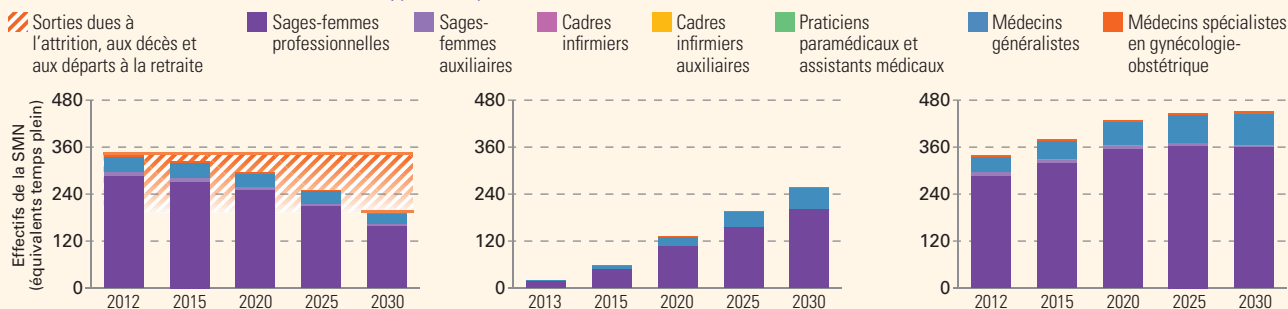
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,05 million → 0,04 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

60% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

60% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 86% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

60% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 85% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

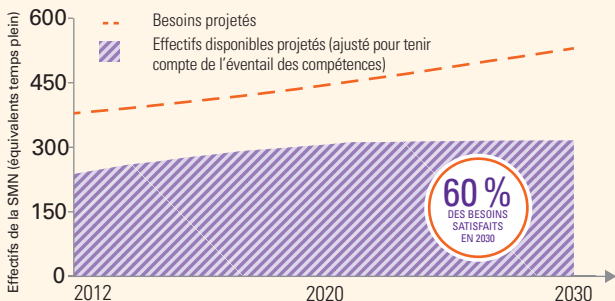
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

0,1% de perte → 0,05% de perte

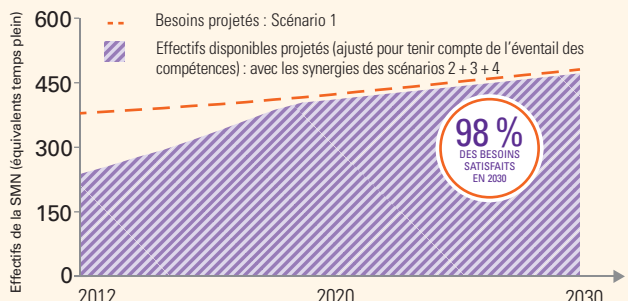
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

60% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 60% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmiers d'assistance médicale; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynécologues/obstétriciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

CONGO

En 2012, sur une population estimée à 4,3 millions d'habitants, 1,7 million (39 %) vivaient en milieu rural et 1 million (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 56 % pour atteindre 6,8 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,3 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 36 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 20,7 millions de visites prénatales, 3,6 millions d'accouchements et 14,6 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

240 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

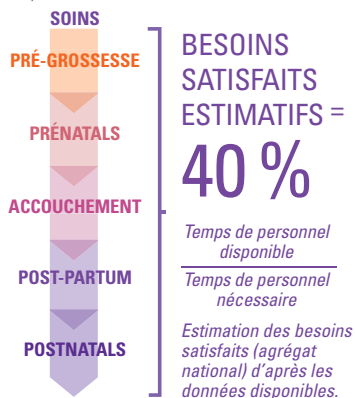


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	1 215 / 90
Sages-femmes auxiliaires	67 / -
Infirmières-sages-femmes	28 / 90
Personnel infirmier	S.O. / S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. / S.O.
Médecins généralistes	323 / -
Obstétriciens et gynécologues	41 / 90



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 1999
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	10
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	88/7
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

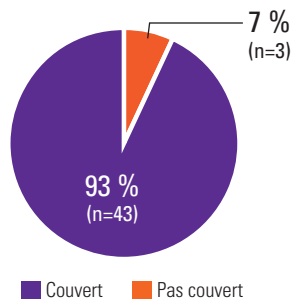
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2010
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

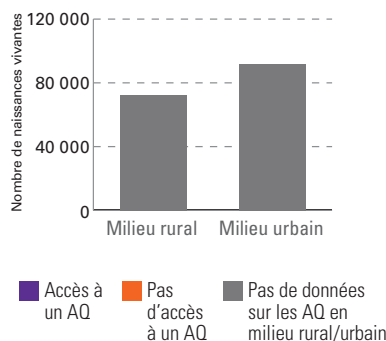
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

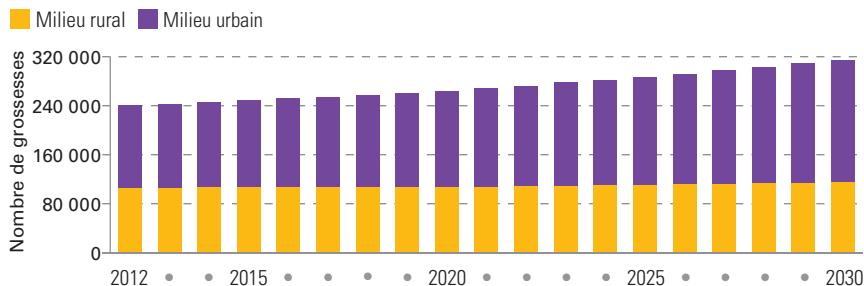


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

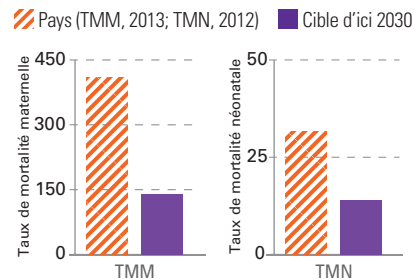
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

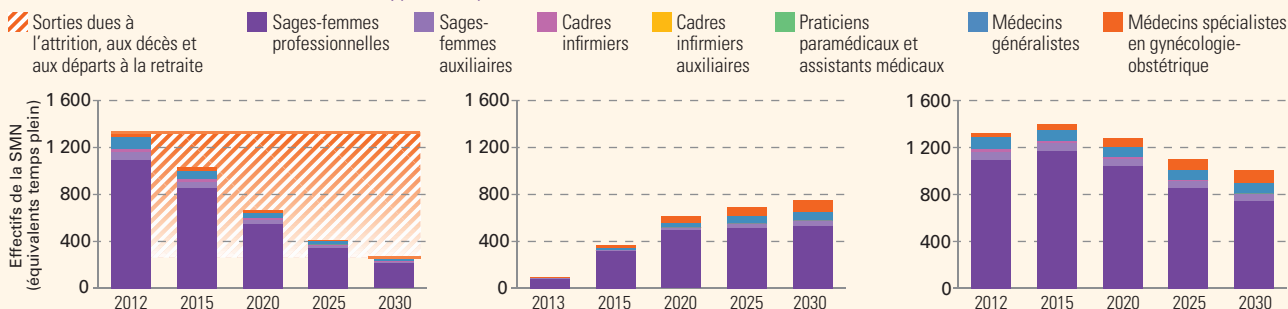
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

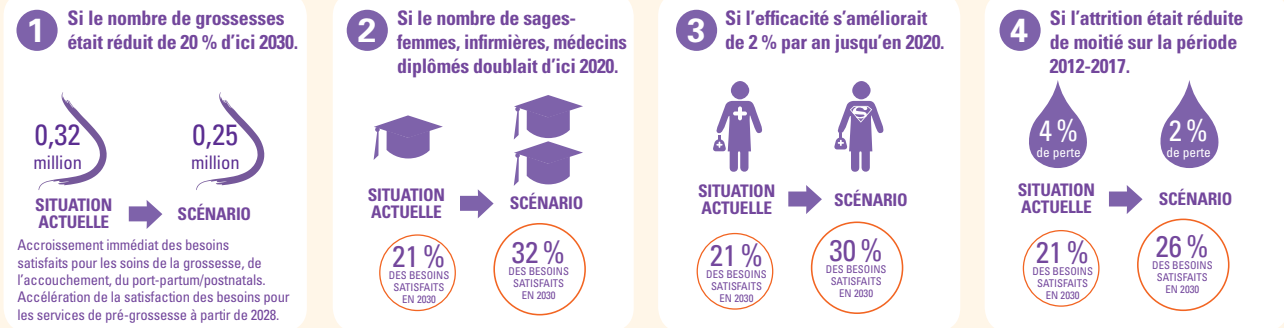
ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

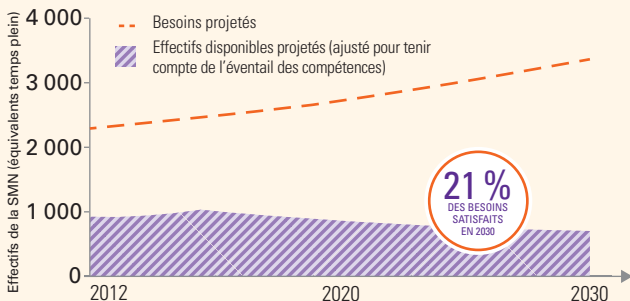
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



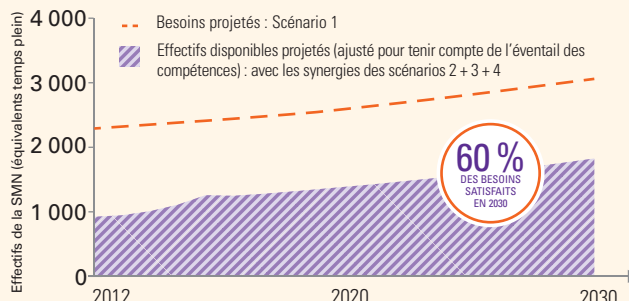
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les matrones accoucheuses; infirmières sages-femmes : comprend les accoucheurs; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

CONGO, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU

En 2012, sur une population estimée à 65,7 millions d'habitants, 49,4 millions (75 %) vivaient en milieu rural et 15 millions (23 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 6. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 58 % pour atteindre 103,7 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 5,2 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 71 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 352,7 millions de visites prénatales, 63,6 millions d'accouchements et 254,5 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

4 048 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

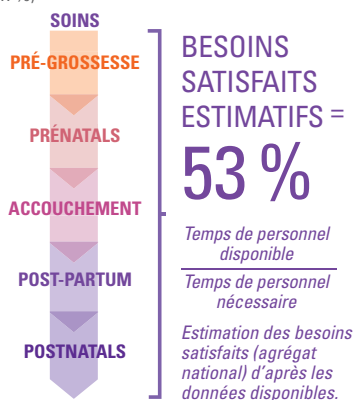


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays		Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	0	95
Sages-femmes auxiliaires	1 555	95
Infirmières-sages-femmes	555	85
Personnel infirmier	57 703	40
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	-	85
Cliniciens et assistants médicaux	S.O.	S.O.
Médecins généralistes	5 832	25
Obstétriciens et gynécologues	200	95



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	S.O.

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Non
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

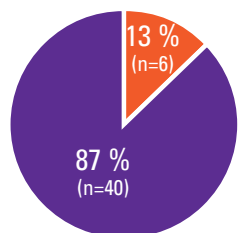
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles 1992, 2000, 2012	
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

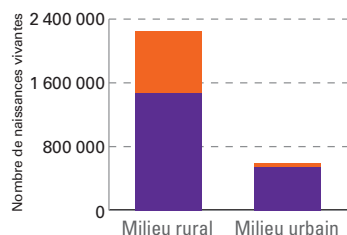
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert | Pas couvert

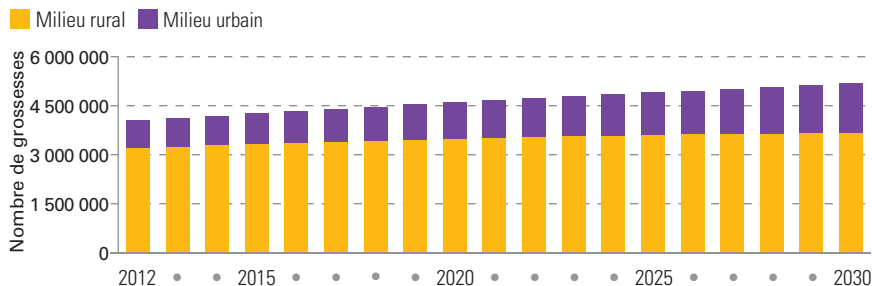
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

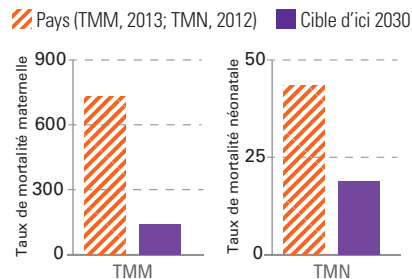


Accès à un AQ | Pas d'accès à un AQ | Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

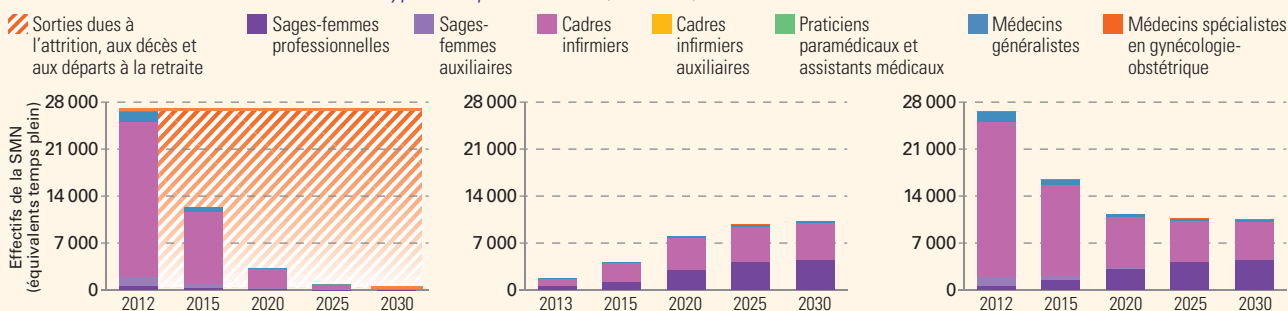
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

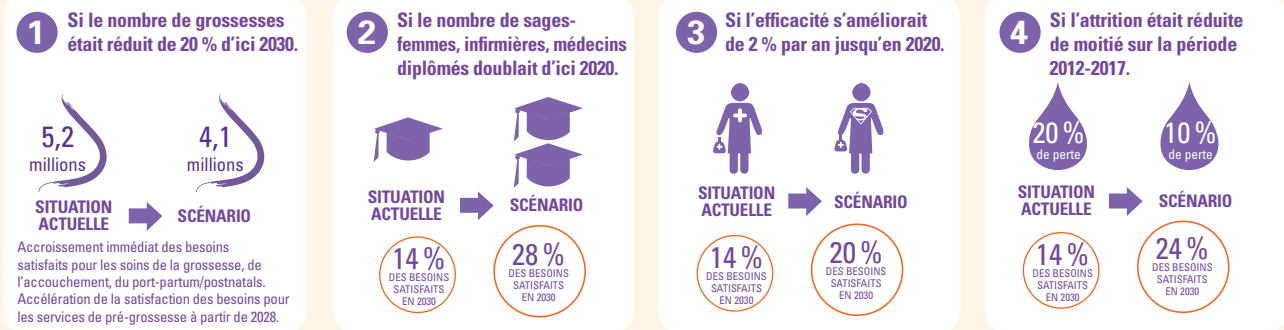
ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

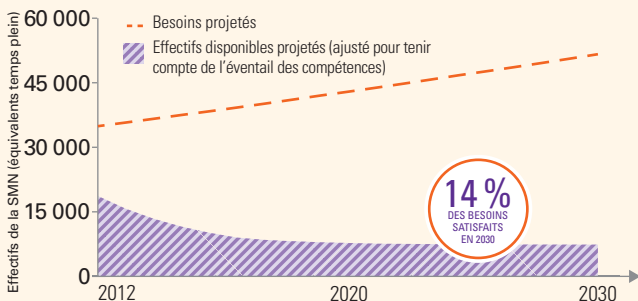
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



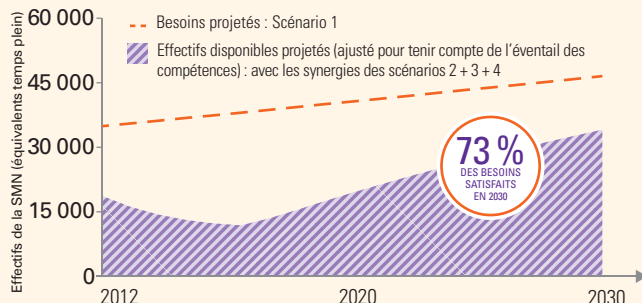
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



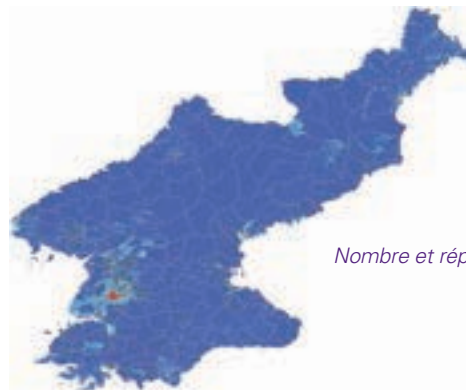
1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes (nouvelle catégorie); sages-femmes auxiliaires : comprend les aides-accoucheuses; infirmières sages-femmes : comprend les accoucheuses du niveau supérieur; infirmières : comprend les infirmières polyvalentes; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les accoucheuses brevetée ou diplômée; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins spécialistes (gynéco-obst.). Source : SoWMV 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

CORÉE, RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE DE

En 2012, sur une population estimée à 24,8 millions d'habitants, 19,6 millions (79 %) vivaient en milieu rural et 6,6 millions (27 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 8 % pour atteindre 26,7 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,9 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 73,6 millions de visites prénatales, 6,9 millions d'accouchements et 27,5 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

967 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

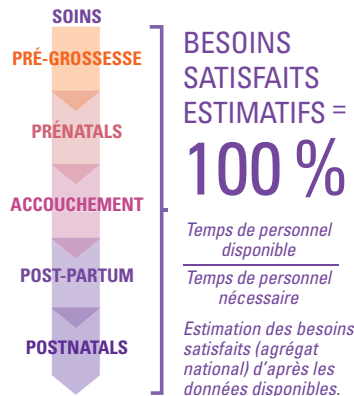


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	7 368 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	500 30
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	46 588 10
Obstétriciens et gynécologues	8 440 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	2
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	235/3
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

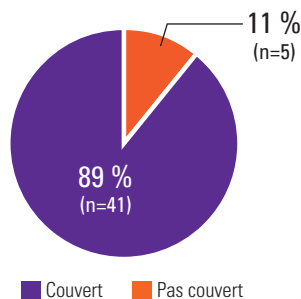
La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	2
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Non/Non

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1991
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

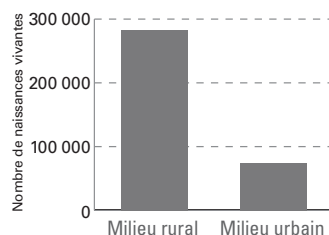
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

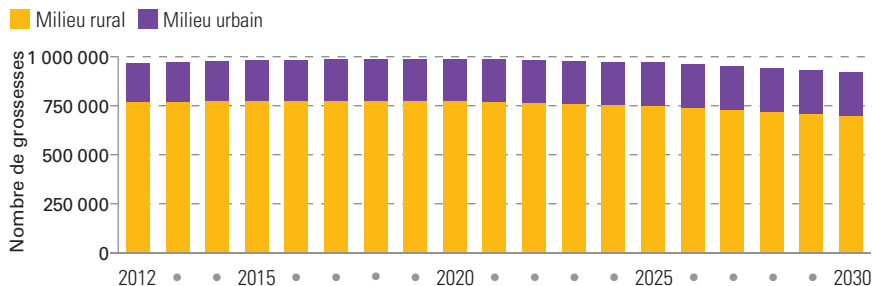
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

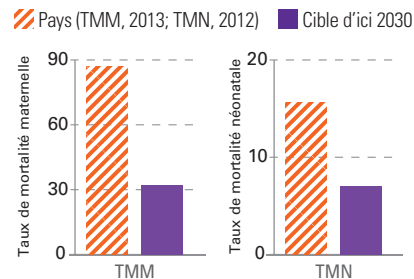


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

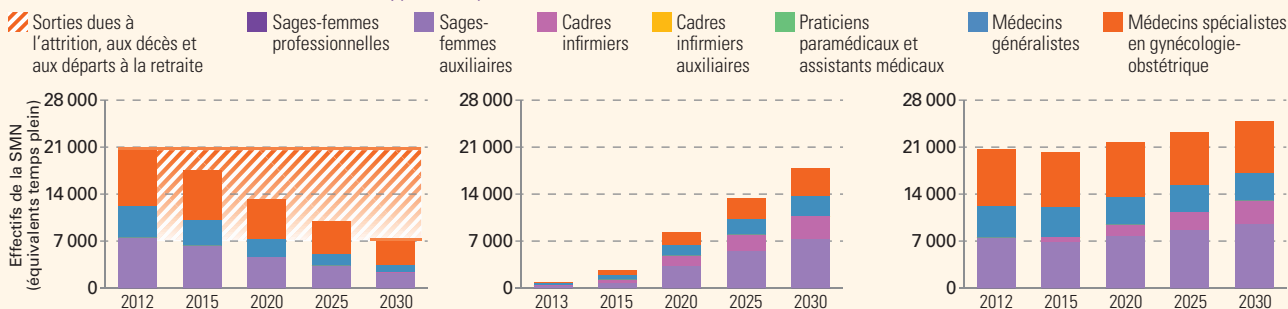
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

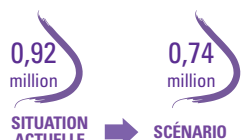
EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



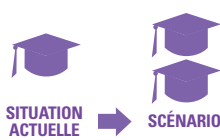
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.



Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

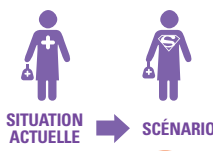
2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

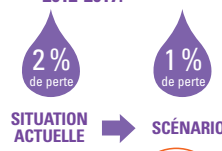
3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

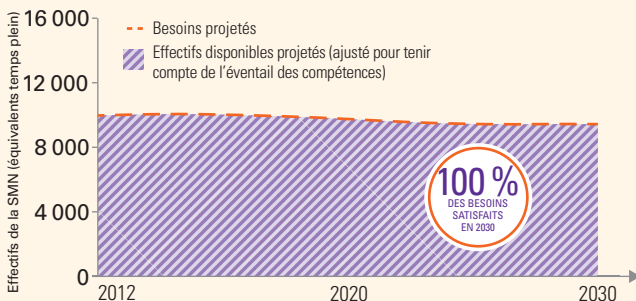
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



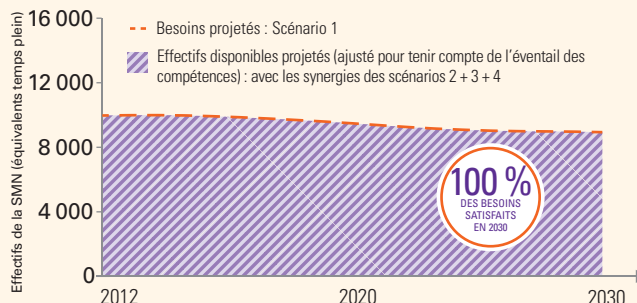
100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; médecins généralistes : comprend les médecins de famille; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMY 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

CÔTE D'IVOIRE

En 2012, sur une population estimée à 19,8 millions d'habitants, 12,4 millions (63 %) vivaient en milieu rural et 4,7 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,9. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 47 % pour atteindre 29,2 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,3 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 61% en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 90.1 millions de visites prénatales, 15,9 millions d'accouchements et 63,4 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 067 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

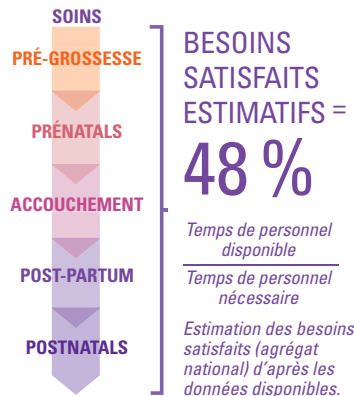


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	2 627 / 100
Sages-femmes auxiliaires	1 224 / 100
Infirmières-sages-femmes	S.O. / S.O.
Personnel infirmier	2 961 / -
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. / S.O.
Médecins généralistes	114 / 100
Obstétriciens et gynécologues	444 / 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	15
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	501/19
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	0 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

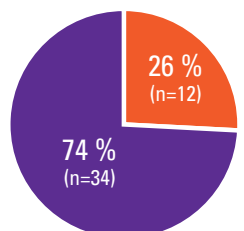
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles 1971, 1997, 2011	
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

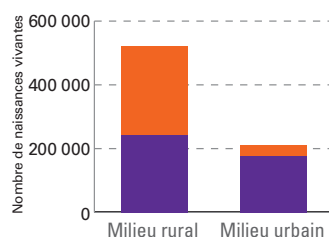
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

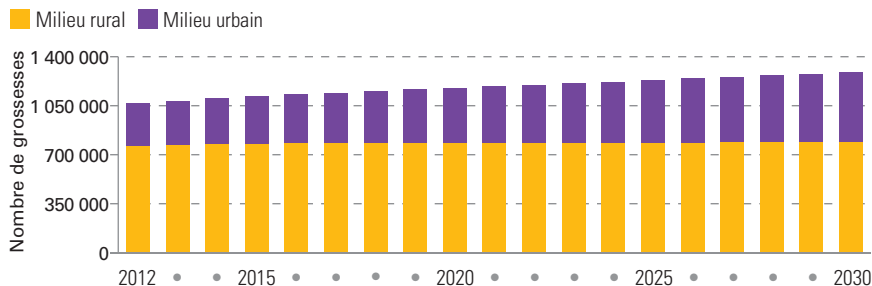
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

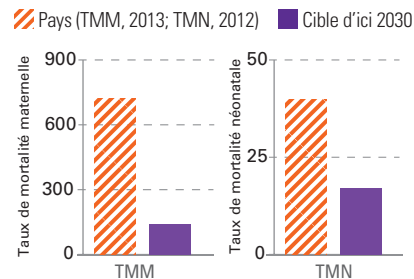


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

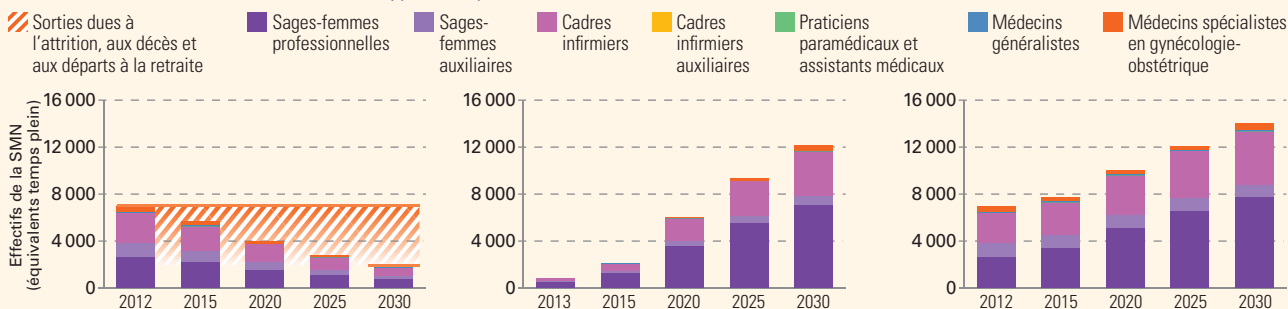
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

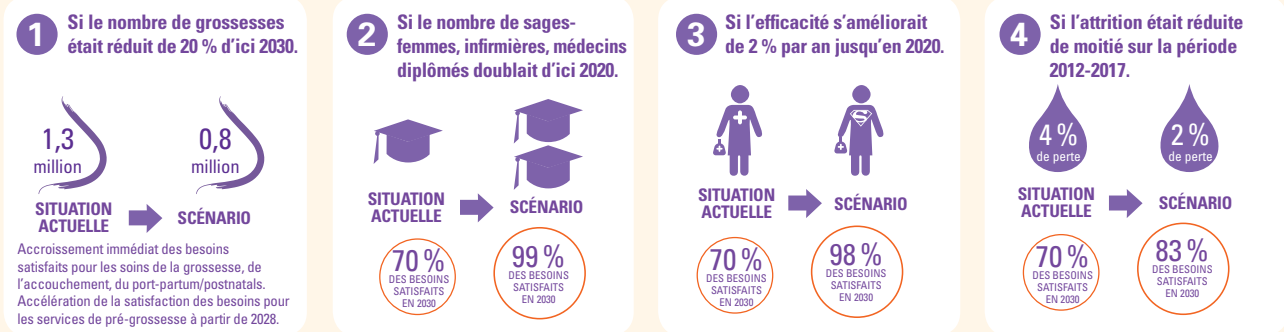
ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

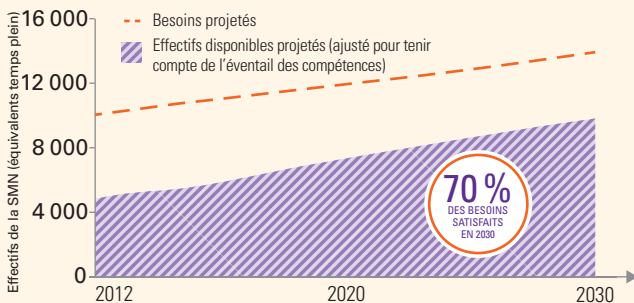
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



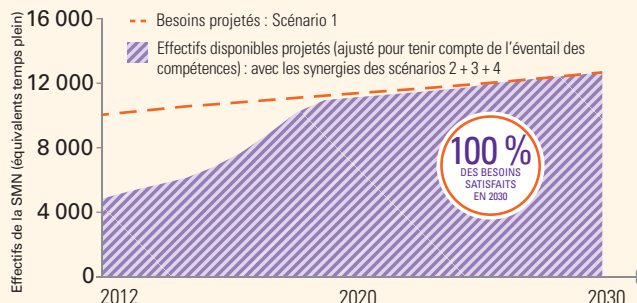
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les aides-soignantes; infirmières : comprend les techniciens supérieurs de santé (infirmiers); médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues.
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

DJIBOUTI

En 2012, sur une population estimée à 0,9 million d'habitants, 0,3 million (38 %) vivaient en milieu rural et 0,2 million (27 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,4. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 25 % pour atteindre 1,1 million d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,03 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 2,5 millions de visites prénatales, 0,5 million d'accouchements et 1,8 million de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

34 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

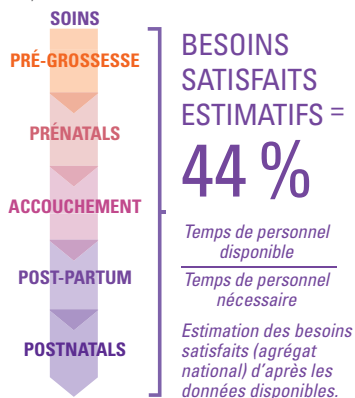


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	167 / 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. / S.O.
Personnel infirmier	S.O. / S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. / S.O.
Médecins généralistes	185 / 50
Obstétriciens et gynécologues	- / 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	100
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	45/27
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Non
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

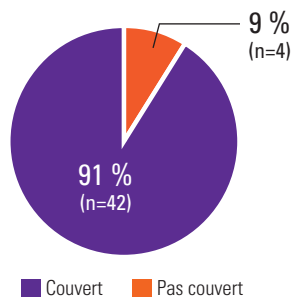
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2012
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

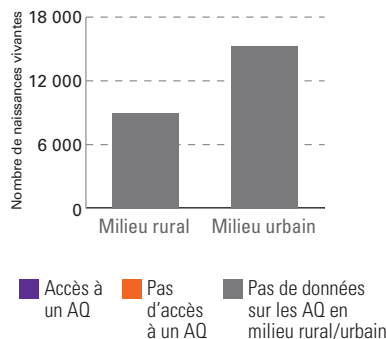
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

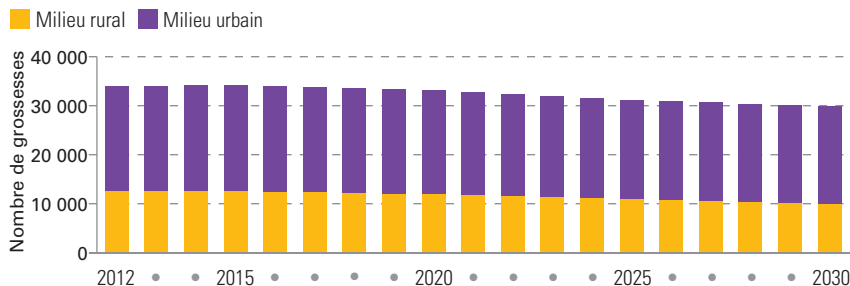


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

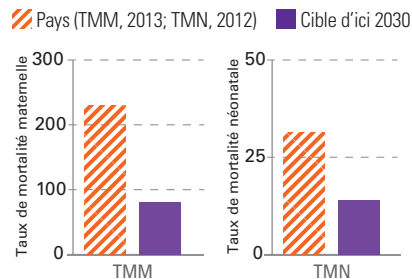
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

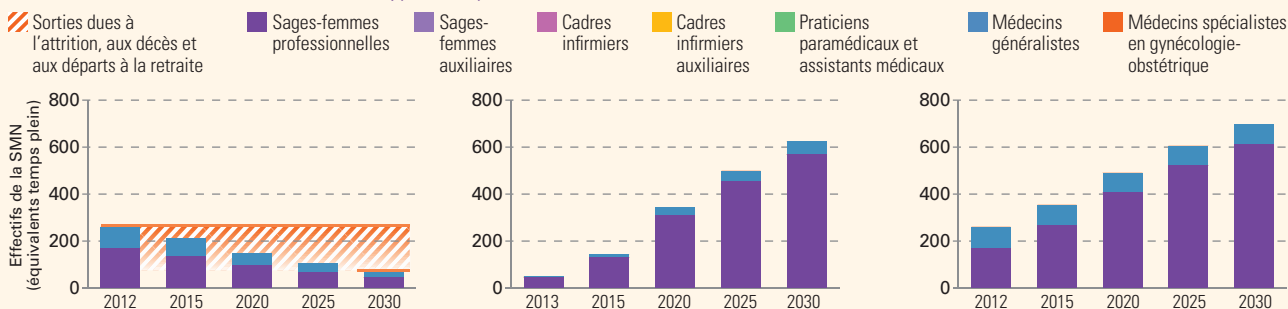
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,03 million → 0,02 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

96% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

96% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

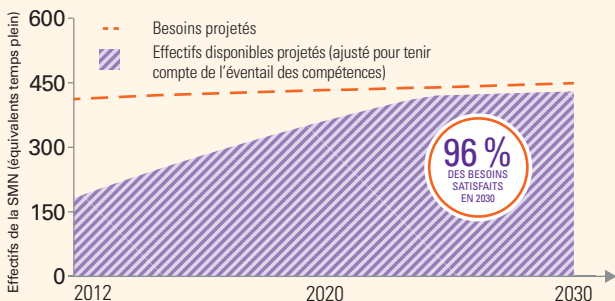
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

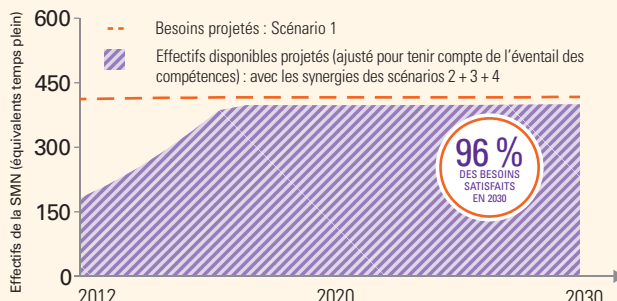
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

96% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynécologues-obstétriciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

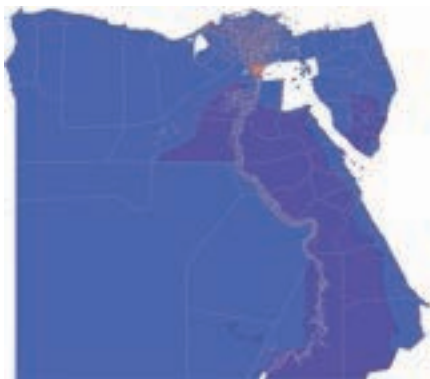
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

ÉGYPTE

En 2012, sur une population estimée à 80,7 millions d'habitants, 19,2 millions (24 %) vivaient en milieu rural et 20,7 million (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,8. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 27 % pour atteindre 102,6 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 2,5 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 20 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 191,7 millions de visites prénatales, 35,3 millions d'accouchements et 141,2 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

2 588 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

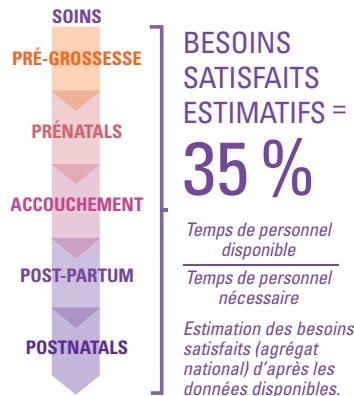


Carte et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	S.O. S.O.
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	2 800 100
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	30 000 30
Obstétriciens et gynécologues	5 042 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2000
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	125/4
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	1
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Non

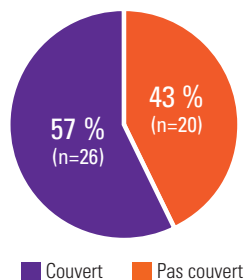
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1990
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; – = absence de données

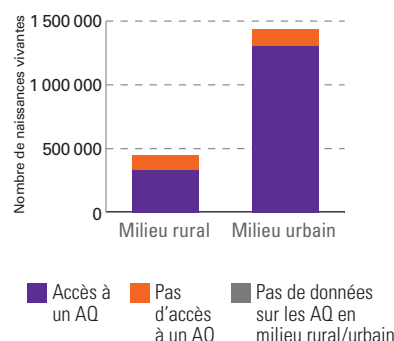
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

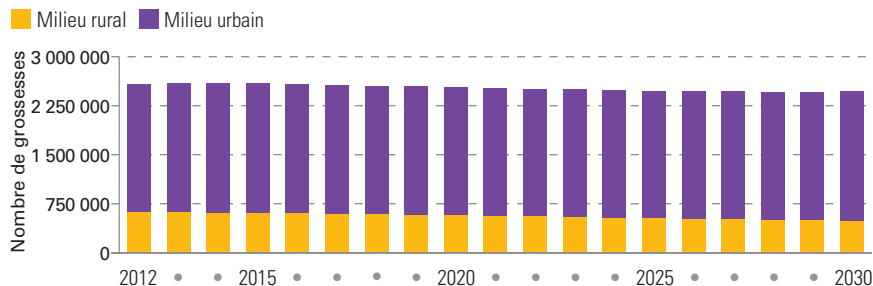
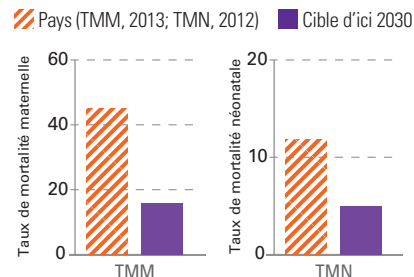


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

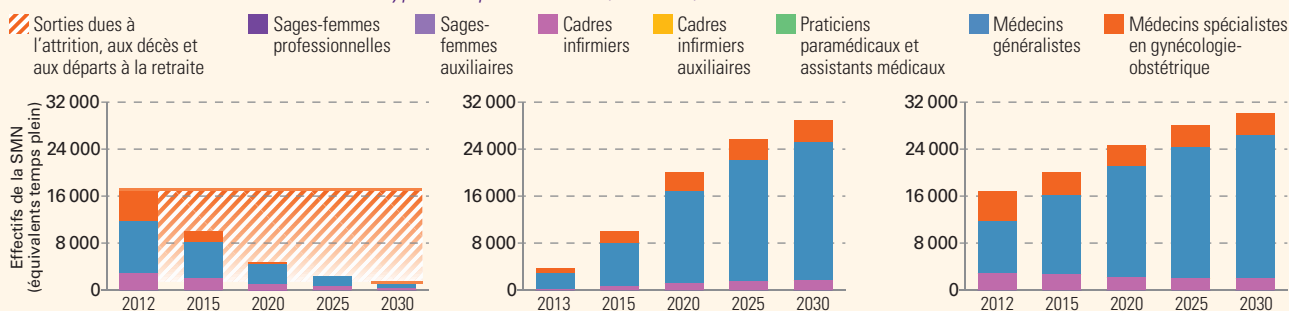
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



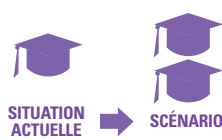
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.



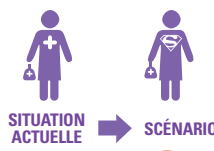
Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



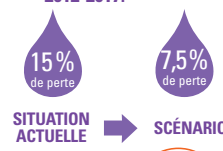
54 % DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 100 % DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



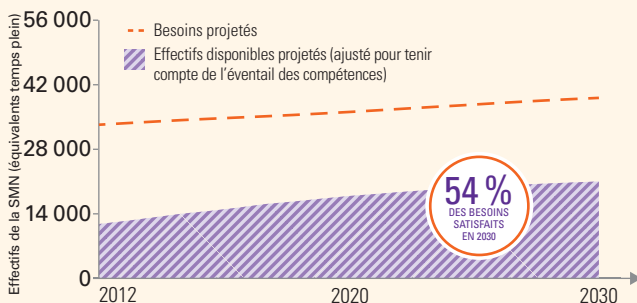
54 % DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 77 % DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

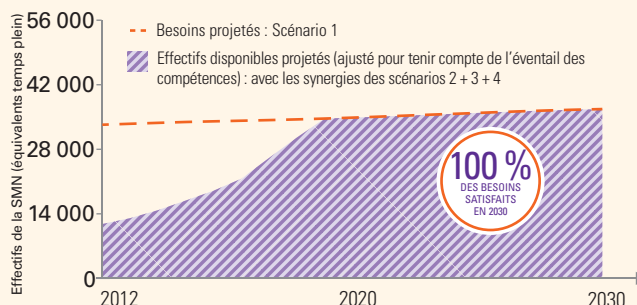


54 % DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 79 % DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes ; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières sages-femmes.
4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

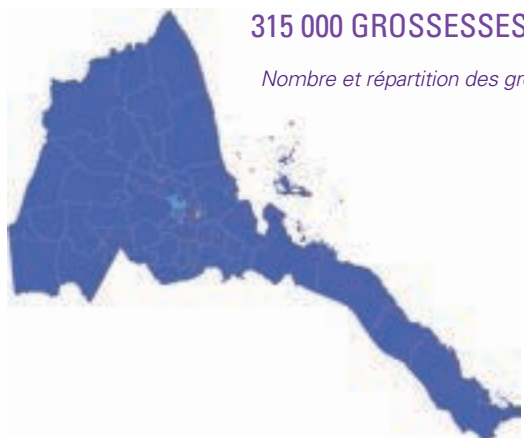
ÉRYTHRÉE

En 2012, sur une population estimée à 6,1 millions d'habitants, 5,7 millions (93 %) vivaient en milieu rural et 1,5 million (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,7. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 60 % pour atteindre 9,8 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,4 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 25,5 millions de visites prénatales, 4,7 millions d'accouchements et 19 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

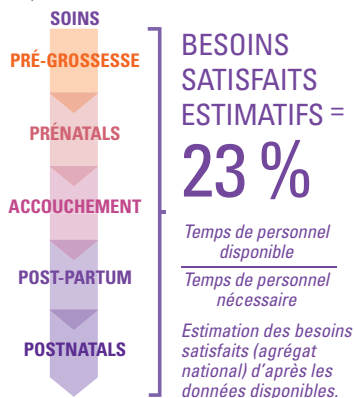
315 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	140
Sages-femmes auxiliaires	S.O.
Infirmières-sages-femmes	103
Personnel infirmier	S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	1 523
Cliniciens et assistants médicaux	S.O.
Médecins généralistes	122
Obstétriciens et gynécologues	15



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	-
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	-
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 /en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	-
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	-
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

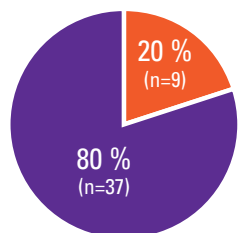
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1992
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

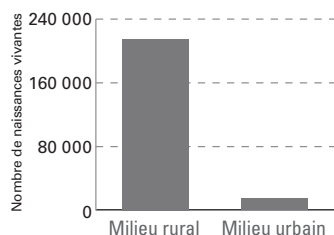
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

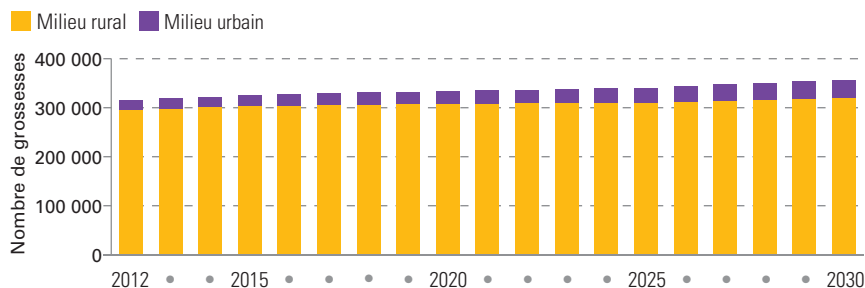
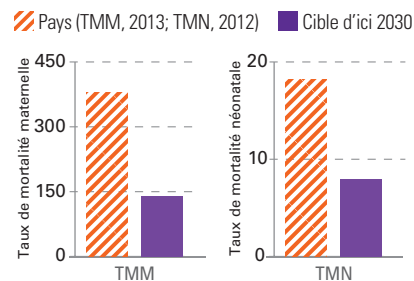
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

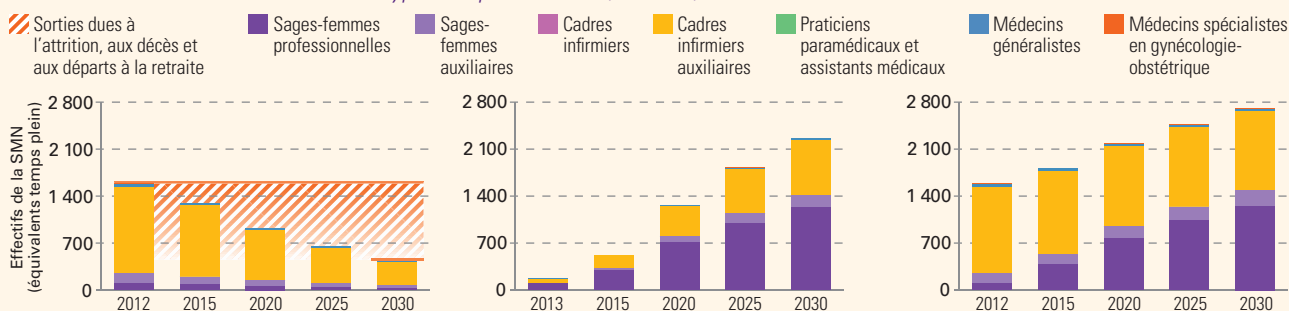
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

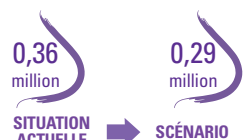
EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



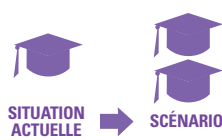
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

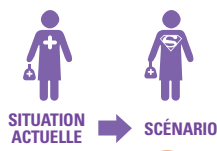


Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

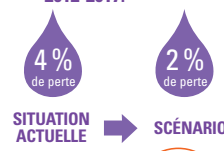
2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



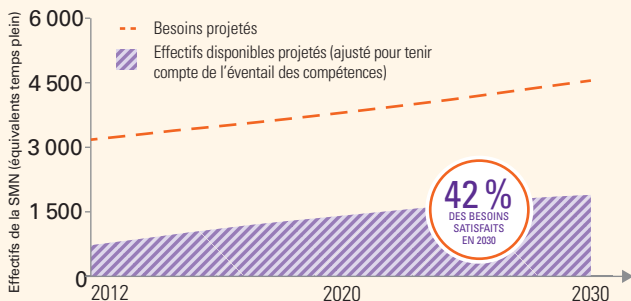
3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



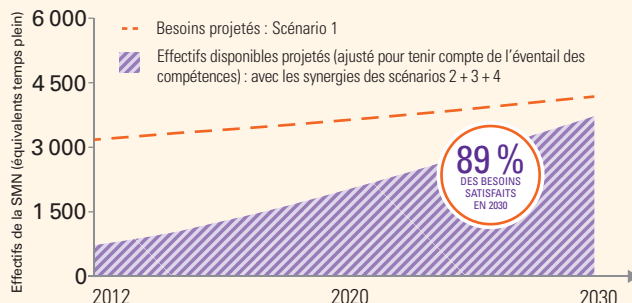
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



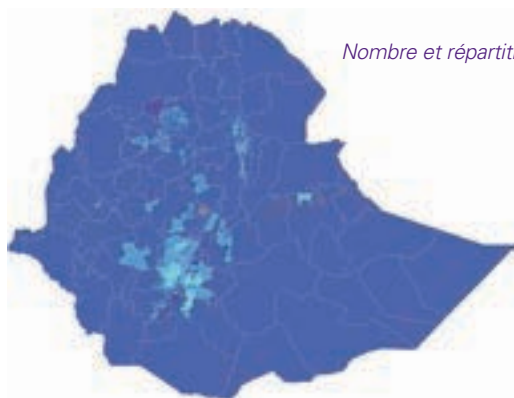
- Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières associées; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
- Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
- Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
- Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
- Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

ÉTHIOPIE

En 2012, sur une population estimée à 91,7 millions d'habitants, 79,6 millions (87 %) vivaient en milieu rural et 21,5 millions (23 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,6. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 50 % pour atteindre 137,7 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 4,9 millions de femmes enceintes d'ici 2030, dont 84 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 360 millions de visites prénatales, 63,8 millions d'accouchements et 255,2 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

4 465 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

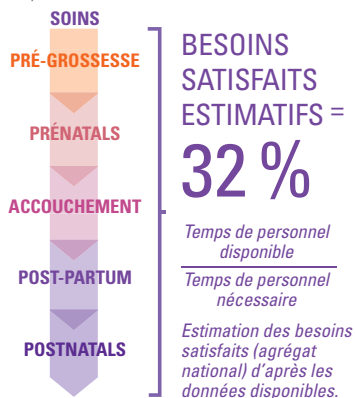


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	6 925 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	20 109 40
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	5 757 70
Médecins généralistes	2 935 50
Obstétriciens et gynécologues	147 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	2 520/36
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

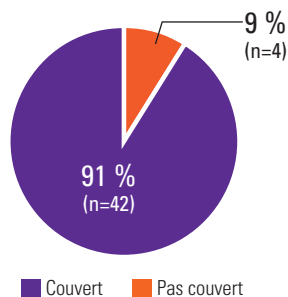
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1992
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

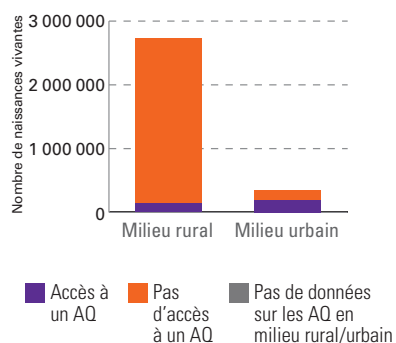
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

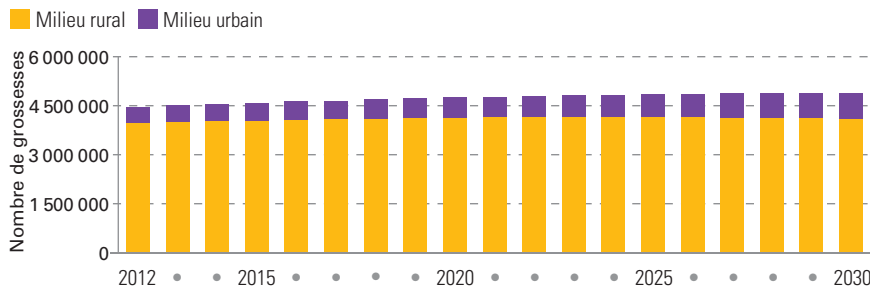


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

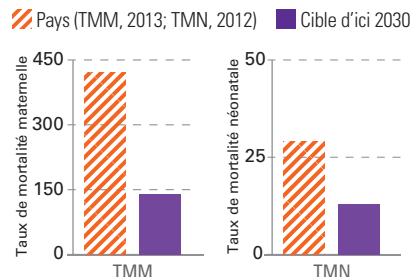
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

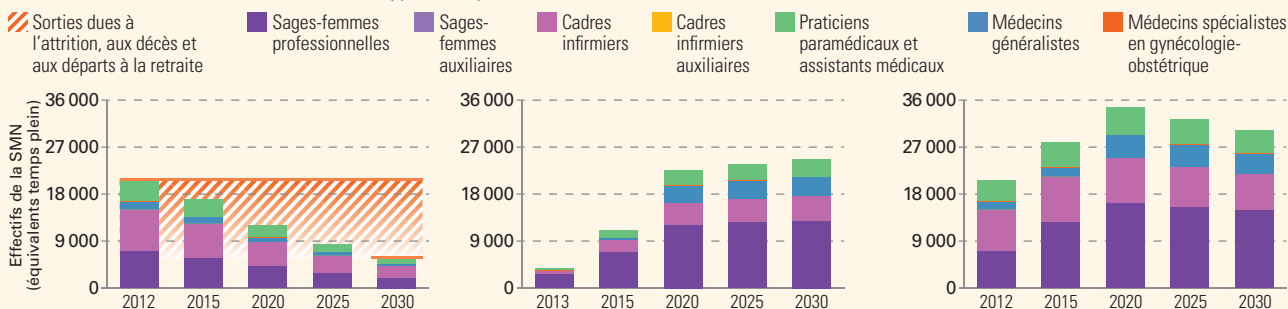
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

4,9 millions (SITUATION ACTUELLE) → 3,9 millions (SCÉNARIO)

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

33% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 50% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

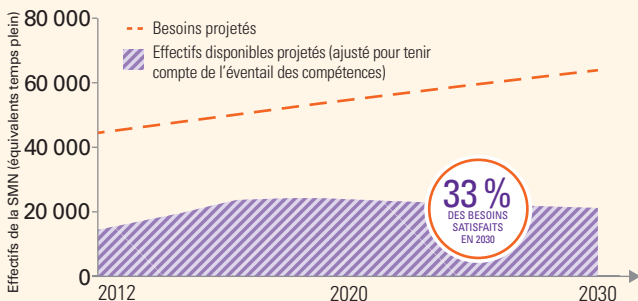
33% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 47% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

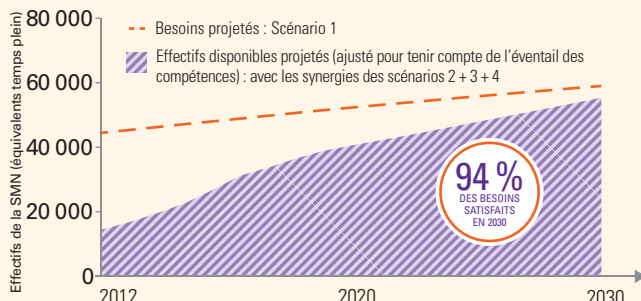
4% de perte (SITUATION ACTUELLE) → 2% de perte (SCÉNARIO)

33% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 41% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes diplômées et les sages-femmes certifiées; infirmières : comprend les infirmières/infirmiers; médecins généralistes : comprend les omnipraticiens; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues; cliniciens et assistants médicaux : comprend les officiers d'urgence chirurgicale et obstétricale intégrée, les officiers de police. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes diplômées. Les informations sur le nombre de diplômées 2012 en pourcentage du nombre de sages-femmes en exercice portent sur les catégories des sages-femmes diplômées (degree midwife) et des sages-femmes certifiées (diploma midwife).
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

GABON

En 2012, sur une population estimée à 1,6 million d'habitants, 0,5 million (29 %) vivaient en milieu rural et 0,4 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,1. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 46 % pour atteindre 2,4 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,08 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 29 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 6,1 millions de visites prénatales, 1,1 million d'accouchements et 4,4 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

75 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

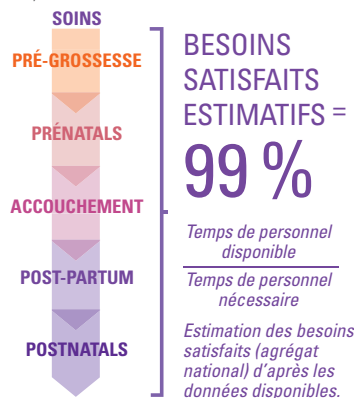


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	437 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	17 100
Personnel infirmier	3 678 20
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	318 30
Obstétriciens et gynécologues	33 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	-
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	6/1
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	5
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

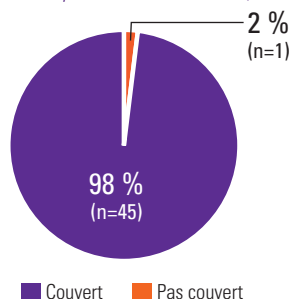
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1995
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

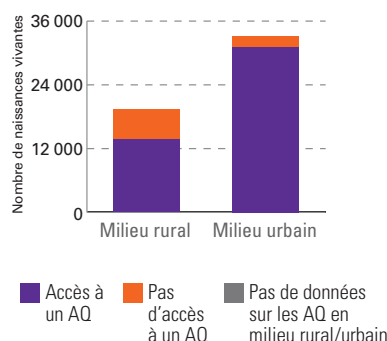
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

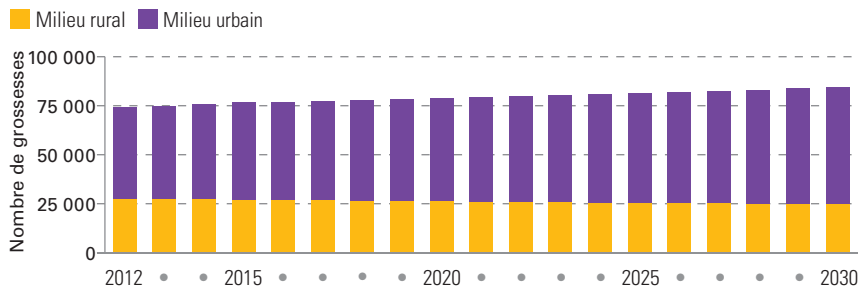


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

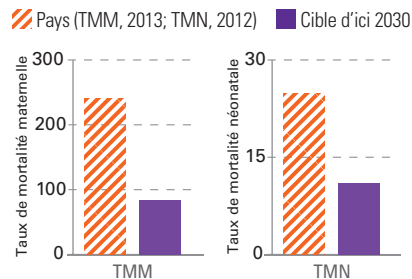
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

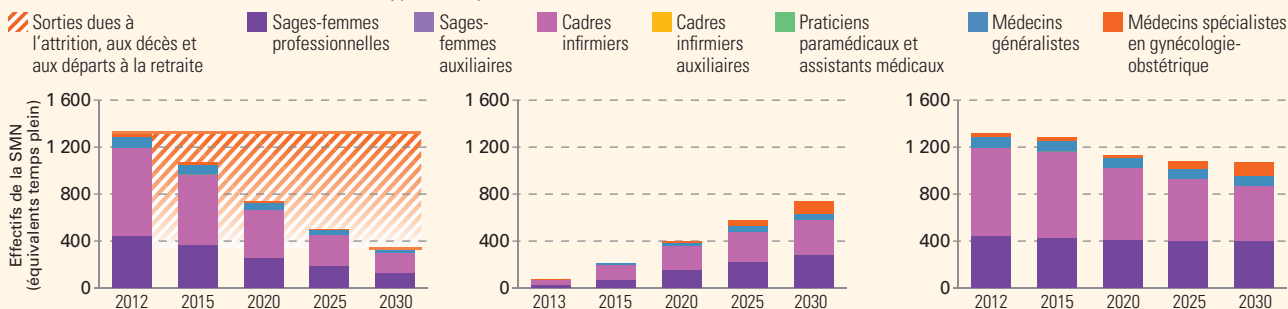
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

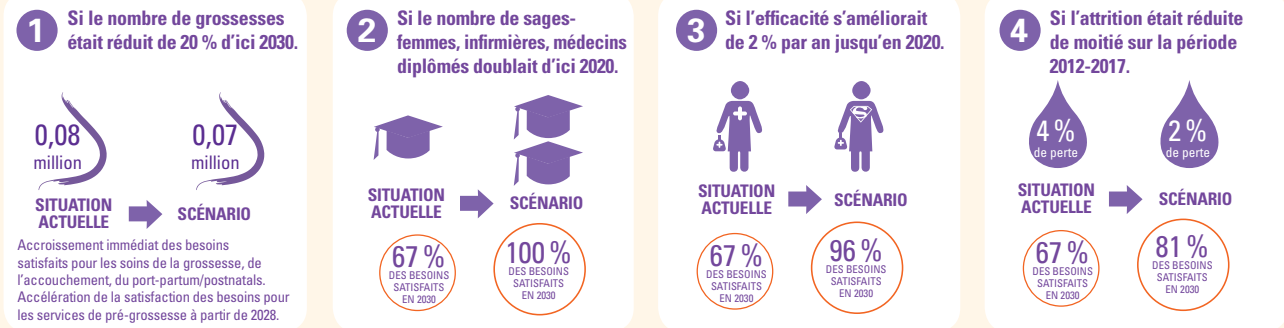
ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

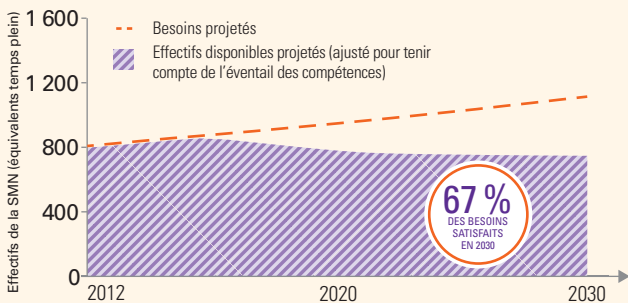
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



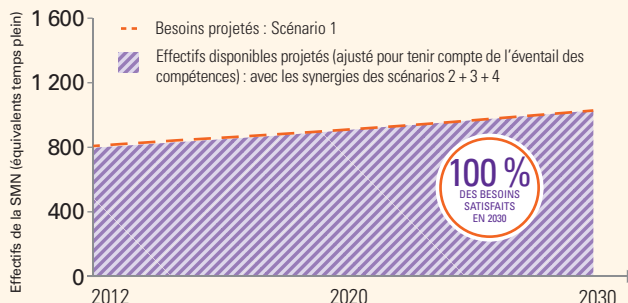
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières accoucheuses; infirmières : comprend les infirmières d'État (IDE), infirmiers assistants (IA); médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoVMW 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

GAMBIE

En 2012, sur une population estimée à 1,8 million d'habitants, 0,6 million (34 %) vivaient en milieu rural et 0,4 million (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5,8. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 71 % pour atteindre 3,1 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,2 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 11,2 millions de visites prénatales, 1,8 million d'accouchements et 7,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

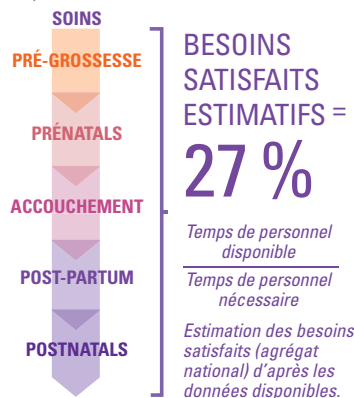
121 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	79 100
Sages-femmes auxiliaires	180 50
Infirmières-sages-femmes	97 100
Personnel infirmier	200 15
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	132 50
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	29 20
Obstétriciens et gynécologues	11 -



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	-
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

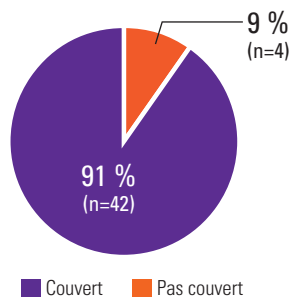
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1963
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

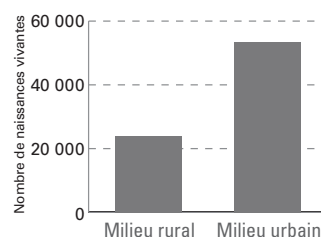
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

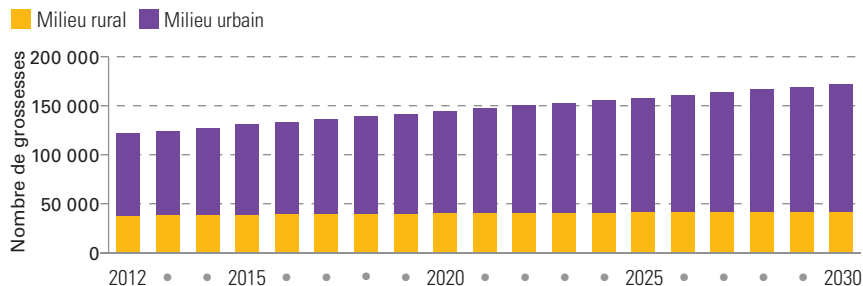
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

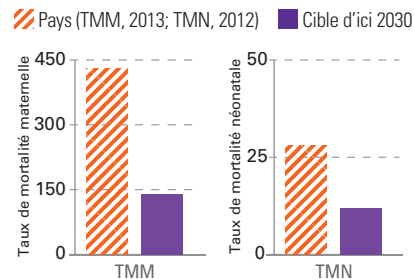


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

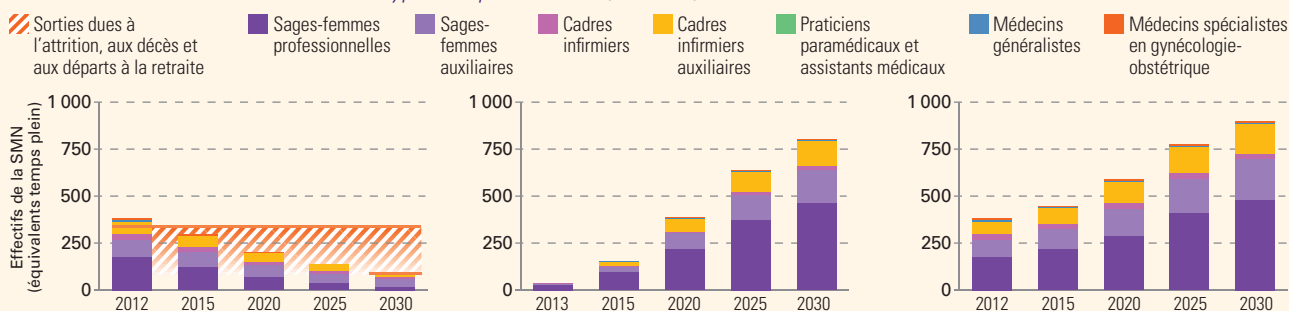
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,17 million → 0,14 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

41% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 62% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

41% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 52% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

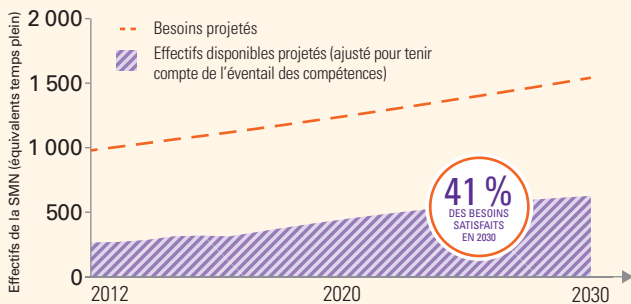
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

6% de perte → 3% de perte

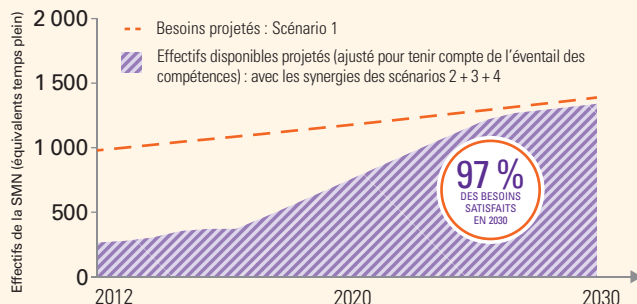
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

41% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 50% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes inscrites sur les listes de l'État; sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes infirmières auxiliaires communautaires; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes enregistrées; infirmières : comprend les infirmières communautaires; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières sages-femmes communautaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

GHANA

En 2012, sur une population estimée à 25,4 millions d'habitants, 15,1 millions (59 %) vivaient en milieu rural et 6,5 millions (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,9. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 39 % pour atteindre 35,3 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,1 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 59 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 83,8 millions de visites prénatales, 16 millions d'accouchements et 64,1 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 063 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

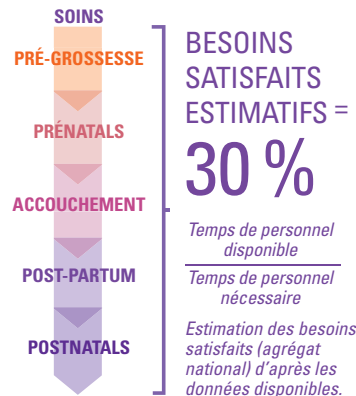


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	4 185 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	273 80
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	1 123 -
Obstétriciens et gynécologues	549 -



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	40
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	1 146/27
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

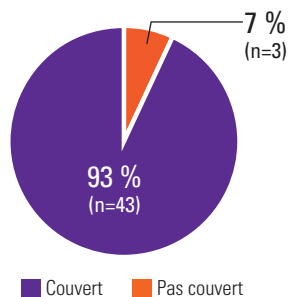
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles 1935, 1960, 2009	Rôles joués par les associations professionnelles :
	Perfectionnement professionnel continu
	Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle
	Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN
	Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN
	Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire

S.O. = sans objet; - = absence de données

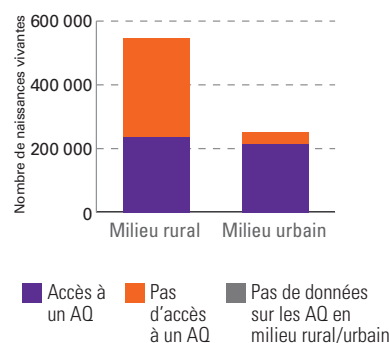
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

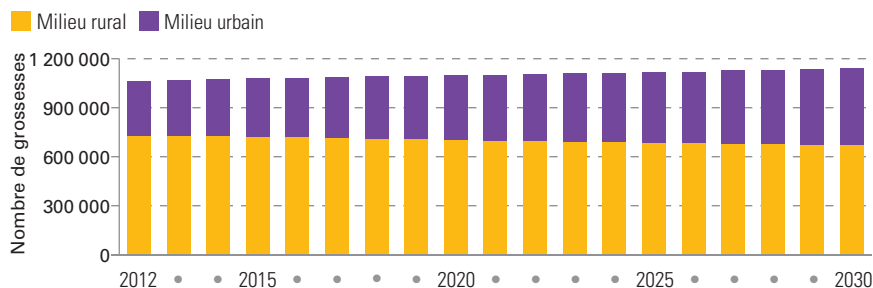
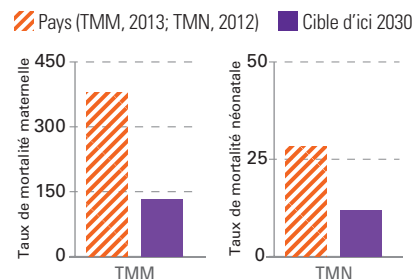


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

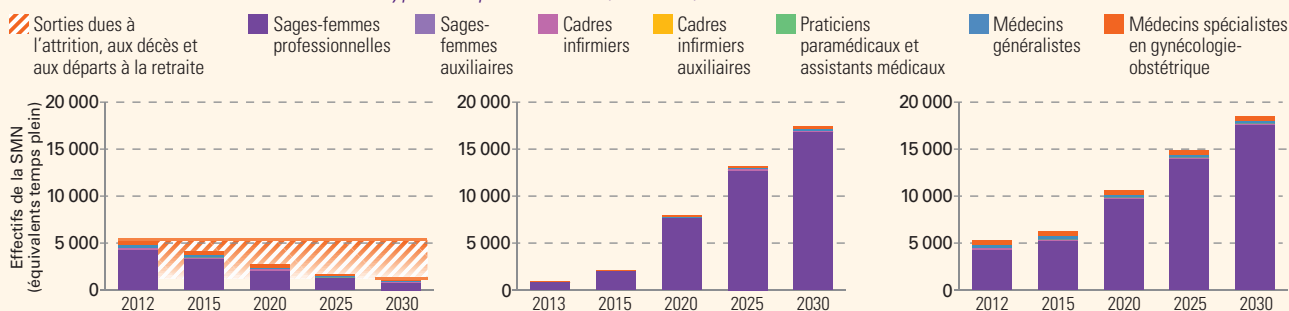
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

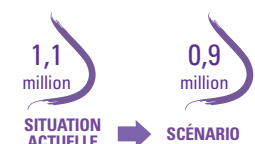
EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



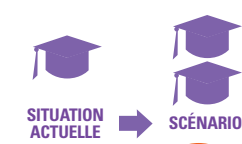
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

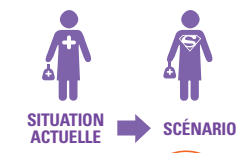


Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

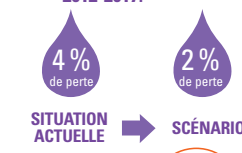
2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



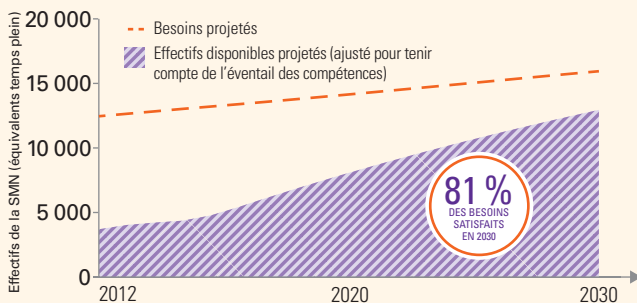
3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



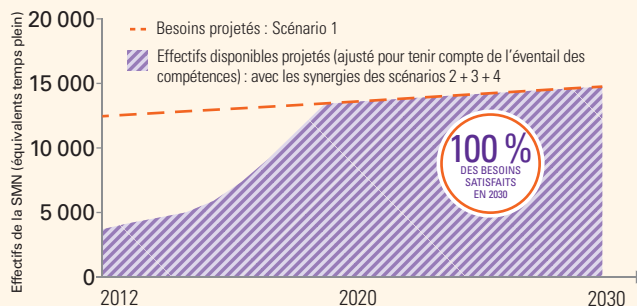
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



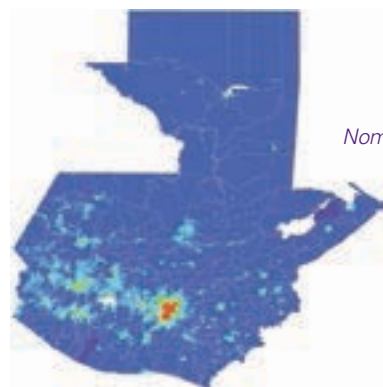
- Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes communautaires; infirmières : comprend les infirmières de la santé publique de district; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
- Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
- Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes. Les informations sur le nombre de diplômées 2012 en pourcentage du nombre de sages-femmes en exercice portent sur les catégories des sages-femmes et des infirmières sages-femmes communautaires.
- Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
- Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

GUATEMALA

En 2012, sur une population estimée à 15,1 millions d'habitants, 9,5 millions (63 %) vivaient en milieu rural et 3,8 millions (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,8. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 50 % pour atteindre 22,6 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,9 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 63,1 millions de visites prénatales, 9,9 millions d'accouchements et 39,8 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

762 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

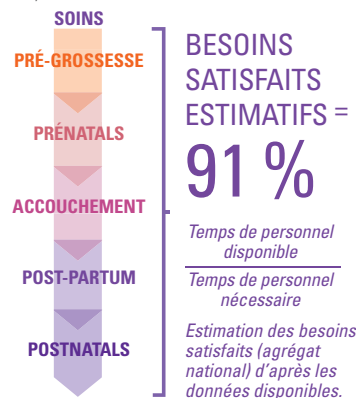


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	0 S.O.
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	3 500 50
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	- 65
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	12 703 70
Obstétriciens et gynécologues	720 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	S.O.
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	S.O.
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2014
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	0
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	S.O./S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	S.O.

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Non
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

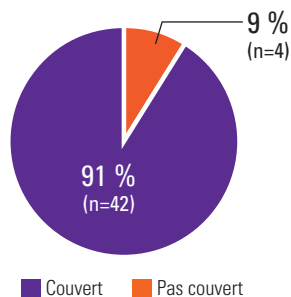
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1947
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Non
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

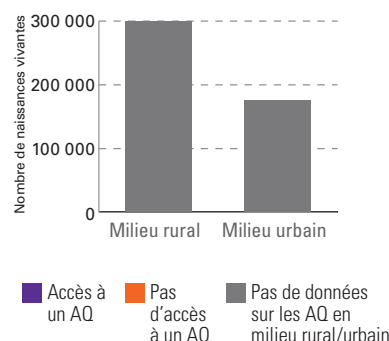
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

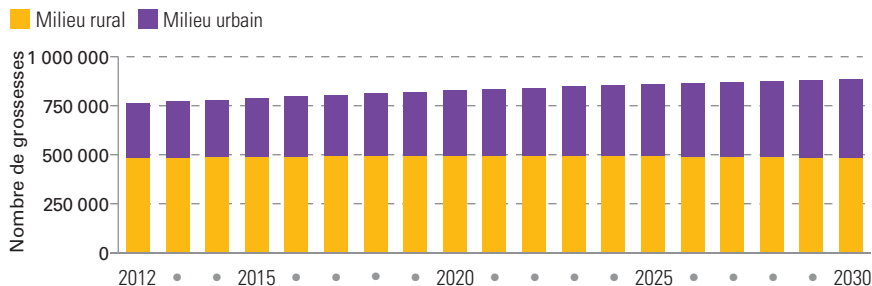


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

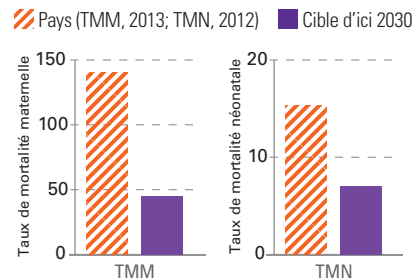
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

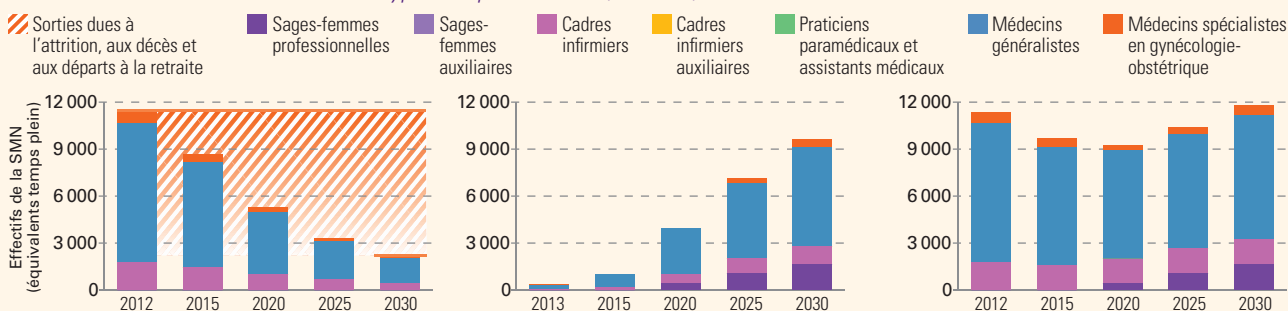
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,88 million → 0,71 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

71% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 90% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

71% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 89% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

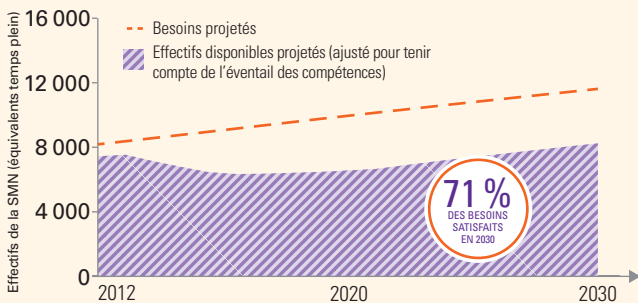
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

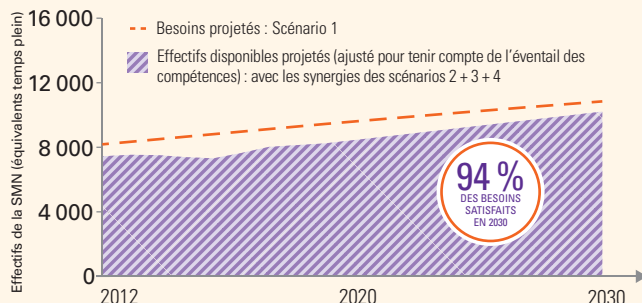
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

71% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 83% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes (nouvelle catégorie); infirmières : comprend les *enfermeras profesionales*; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les *auxiliares de enfermeria*; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

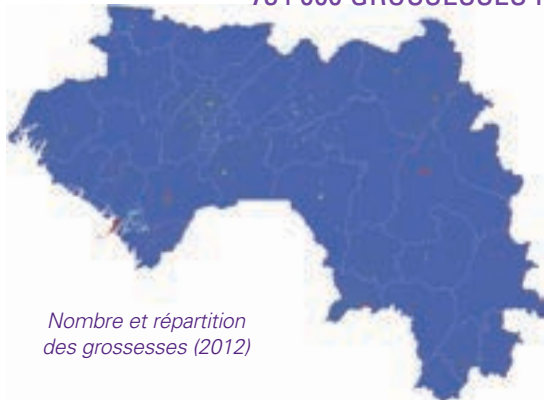
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

GUINÉE

En 2012, sur une population estimée à 11,5 millions d'habitants, 7,8 millions (68 %) vivaient en milieu rural et 2,7 millions (23 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 51 % pour atteindre 17,3 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,9 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 63 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 61,7 millions de visites prénatales, 9,2 millions d'accouchements et 36,9 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

734 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

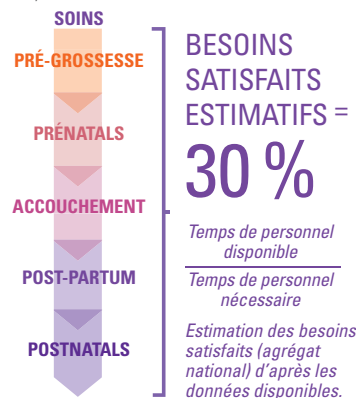


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	500 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	1 494 25
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	4 275 90
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	476 40
Obstétriciens et gynécologues	45 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	25
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	119/24
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	75 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

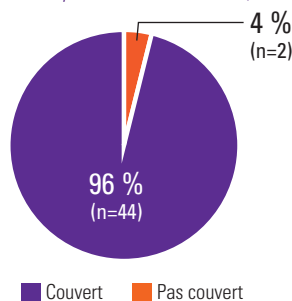
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1988
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

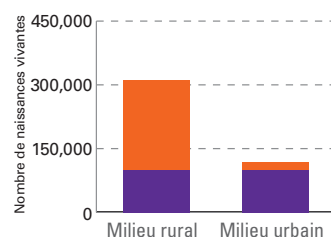
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

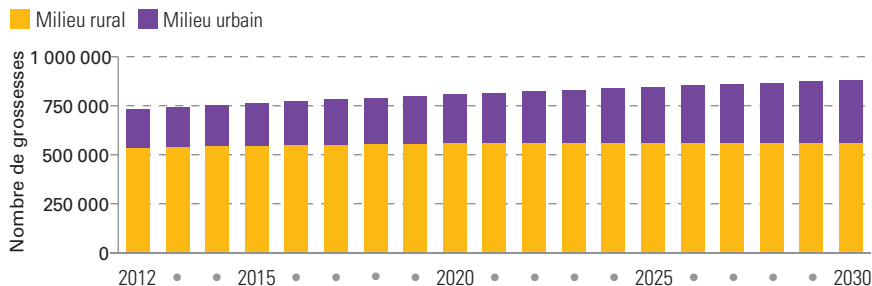
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

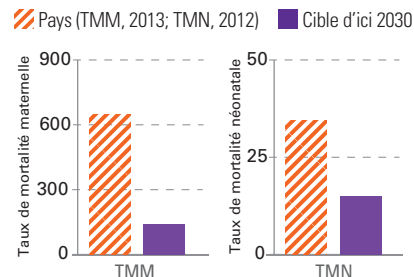


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

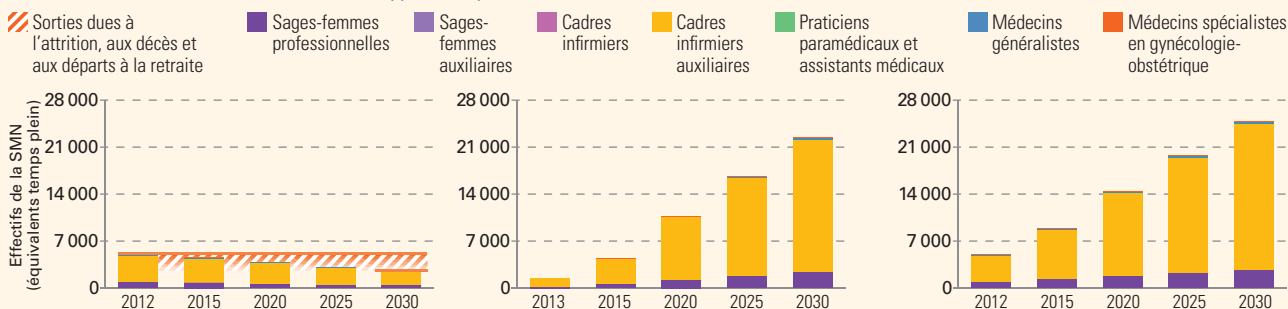
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,88 million → 0,70 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

45% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 63% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

45% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 56% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

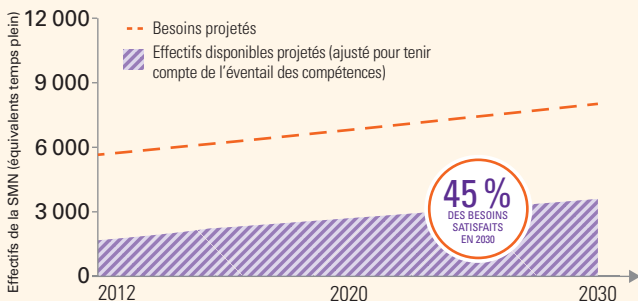
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

0% de perte → 0% de perte

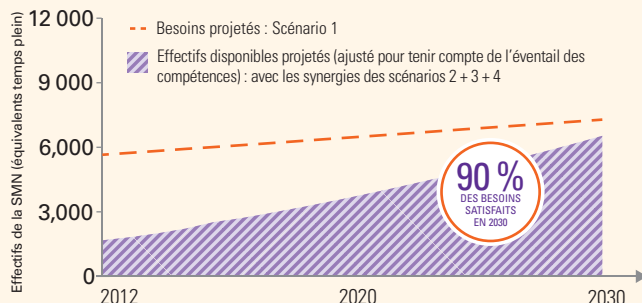
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

45% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 4% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



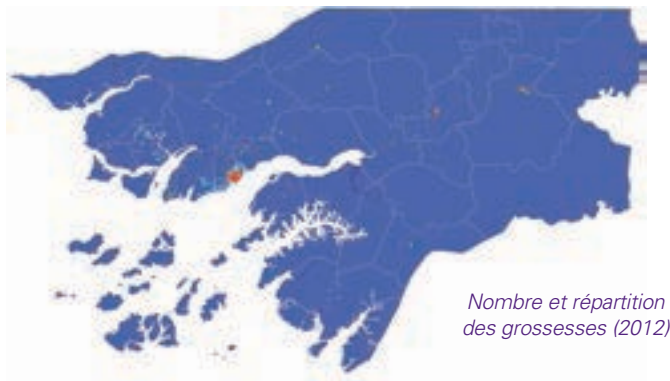
1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières : comprend les infirmiers diplômés d'État (IDE); infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les agents techniques de santé (ATS); médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

GUINÉE-BISSAU

En 2012, sur une population estimée à 1,7 million d'habitants, 1,1 million (65 %) vivaient en milieu rural et 0,4 million (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 49 % pour atteindre 2,5 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,1 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 9,2 millions de visites prénatales, 1,4 million d'accouchements et 5,5 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

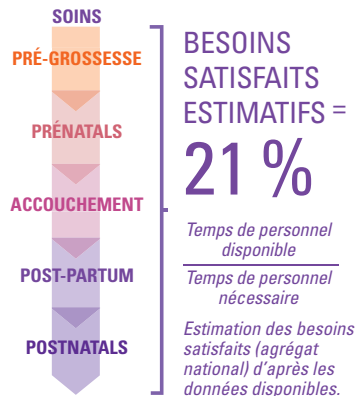
BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

109 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	148
Sages-femmes auxiliaires	5
Infirmières-sages-femmes	29
Personnel infirmier	S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O.
Médecins généralistes	214
Obstétriciens et gynécologues	5



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	0
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	37/25
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	5
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

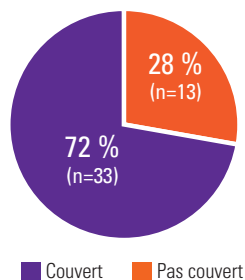
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles 1992, 1995, 2002	Rôles joués par les associations professionnelles :
	Perfectionnement professionnel continu
	Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle
	Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN
	Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN
	Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire

S.O. = sans objet; – = absence de données

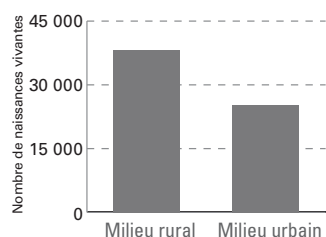
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



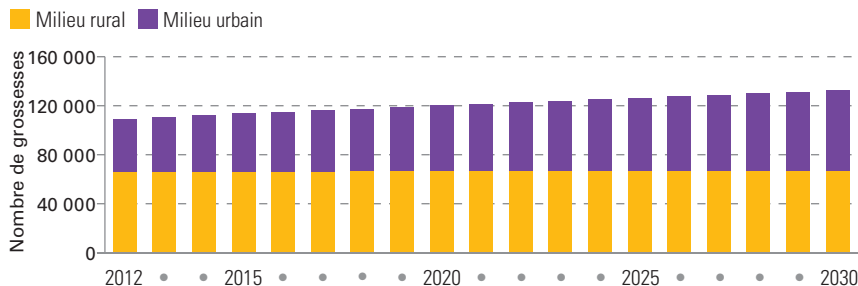
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

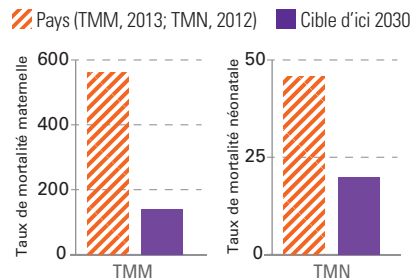


Accès à un AQ / Pas d'accès à un AQ / Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

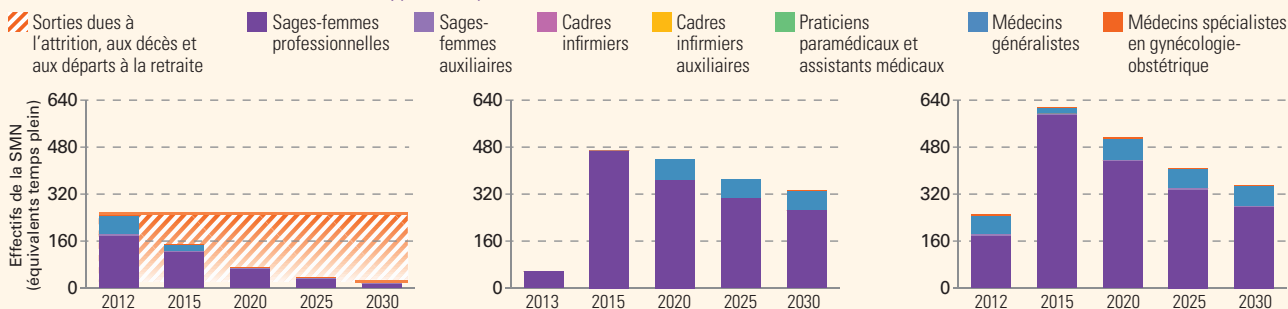
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,13 million → 0,11 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

21% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 35% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

21% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 30% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

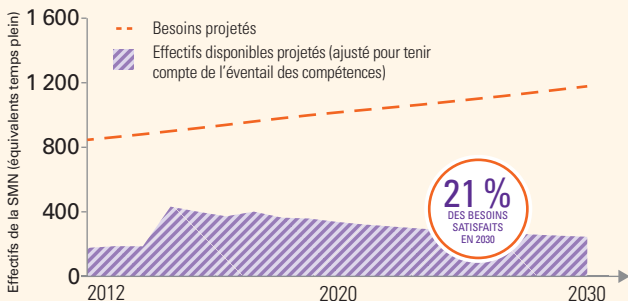
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

13% de perte → 6,5% de perte

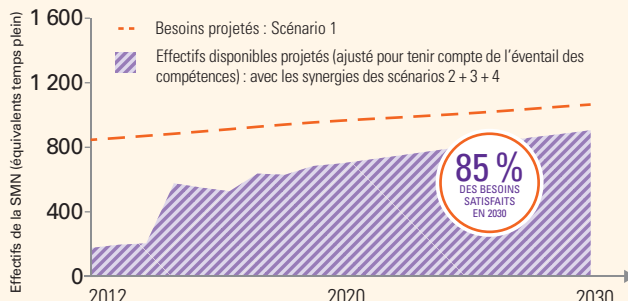
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

21% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 32% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les *parteiras*; sages-femmes auxiliaires : comprend les *parteiras-auxiliares*; infirmières sages-femmes : comprend les *enfermeiras parteiras*; médecins généralistes : comprend les *médicos generalistas*; obstétriciens et gynécologues : comprend les *médicos especialistas obstétricos/ginecologistas*. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

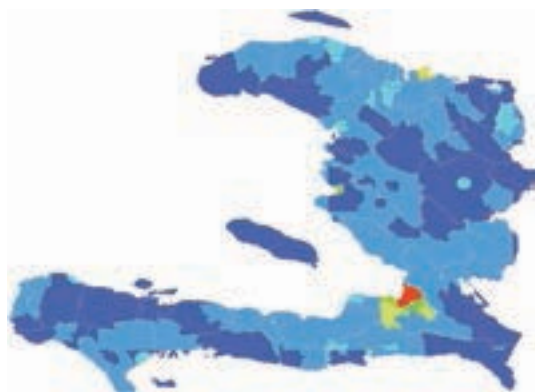
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

HAÏTI

En 2012, sur une population estimée à 10,2 millions d'habitants, 7,3 millions (72 %) vivaient en milieu rural et 2,7 millions (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,2. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 23 % pour atteindre 12,5 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,5 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 90 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 35,8 millions de visites prénatales, 5,2 millions d'accouchements et 20,8 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

483 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

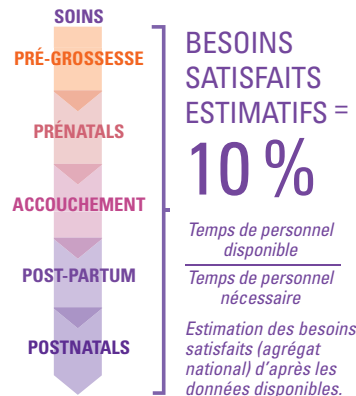


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	0 / 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Infirmières-sages-femmes	201 / 100
Personnel infirmier	S.O. / S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. / S.O.
Médecins généralistes	374 / 35
Obstétriciens et gynécologues	400 / 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	S.O.

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

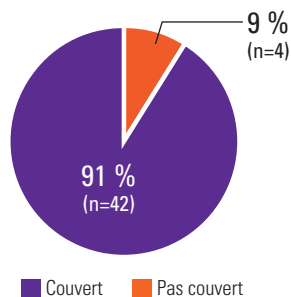
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1930, 2001
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

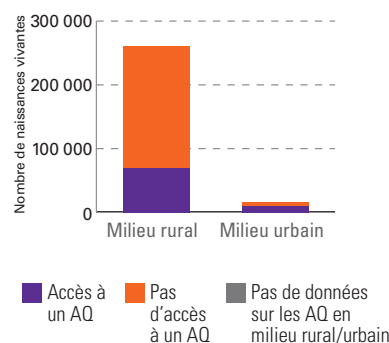
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

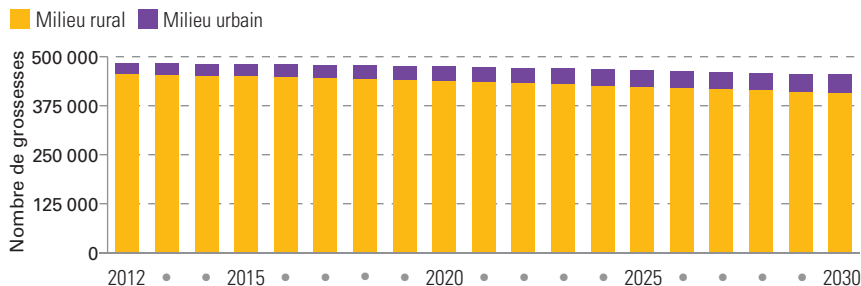


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

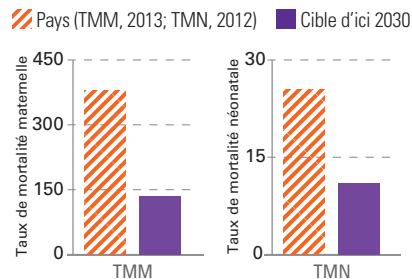
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

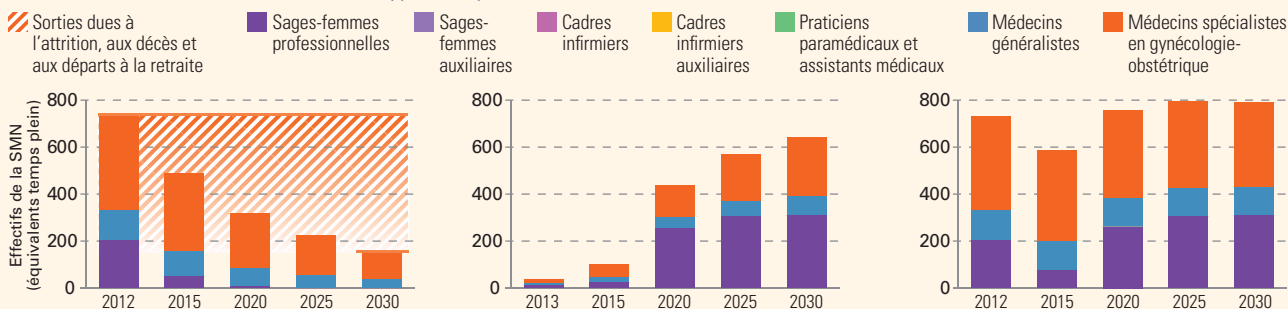
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,45 million → 0,36 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

9% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 16% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

9% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 13% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

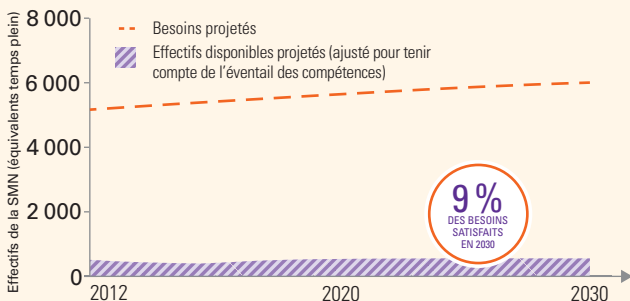
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

13% de perte → 6,5% de perte

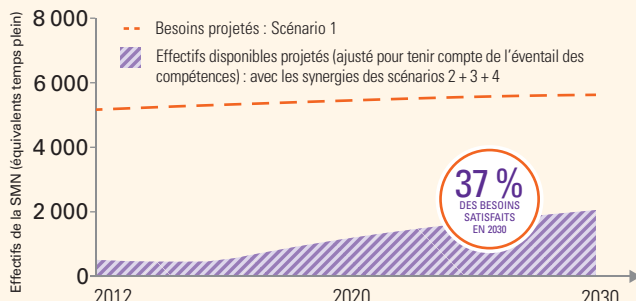
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

9% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 14% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes (nouvelle catégorie); infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins spécialistes (obst.-gyn). Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

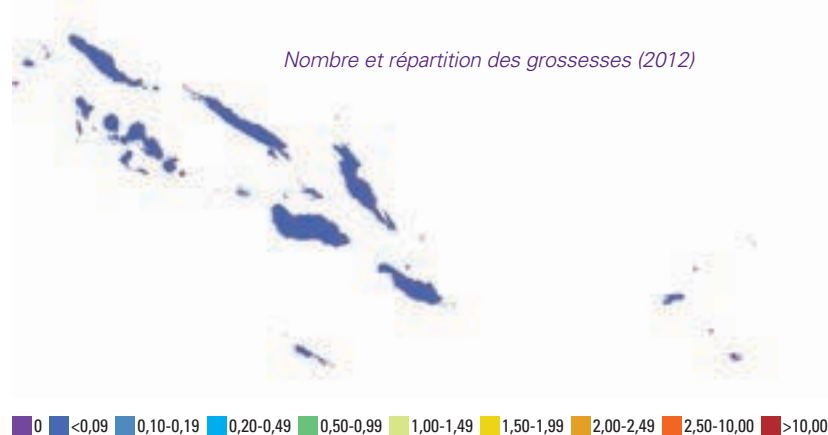
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

ÎLES SALOMON

En 2012, sur une population estimée à 0,5 million d'habitants, 100 % vivaient en milieu rural et 0,1 million (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,1. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 39 % pour atteindre 0,8 million d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,03 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 1,8 million de visites prénatales, 0,4 million d'accouchements et 1,4 million de visites de post-partum/soins postnataux entre 2012 et 2030.

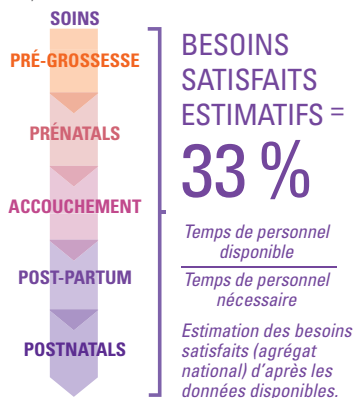
BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

23 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	141 80
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	3 15
Obstétriciens et gynécologues	2 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	2
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	40
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/-
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	90 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

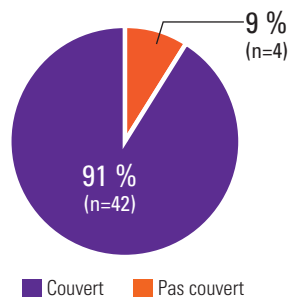
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2004, -, -
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

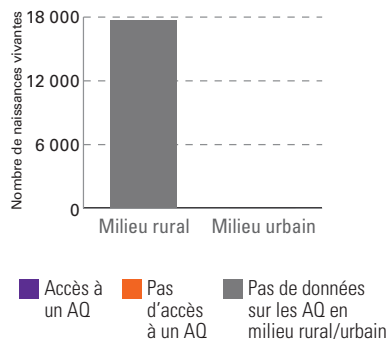
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

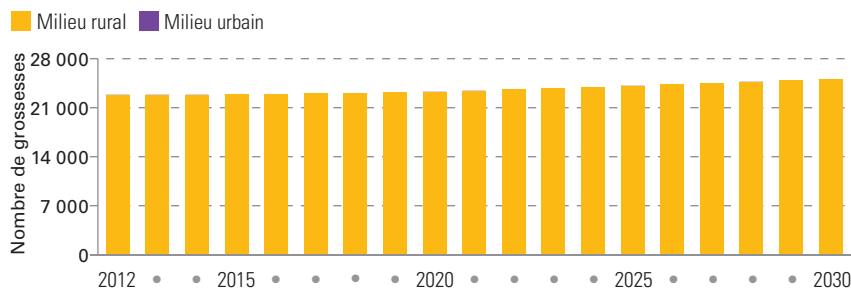


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

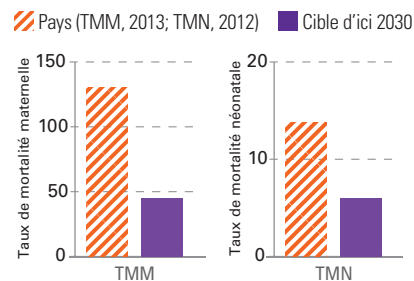
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

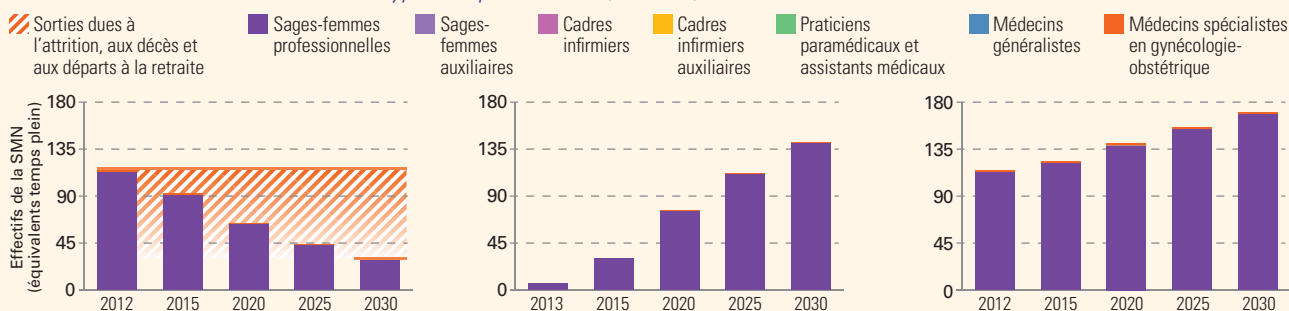
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

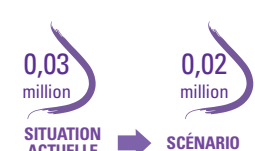
EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



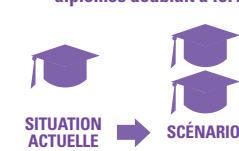
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.



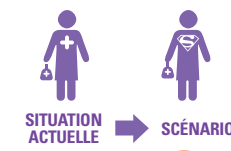
Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



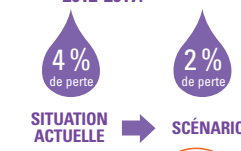
39% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 66% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



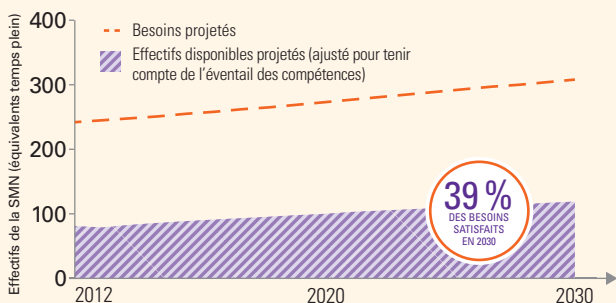
39% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 55% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

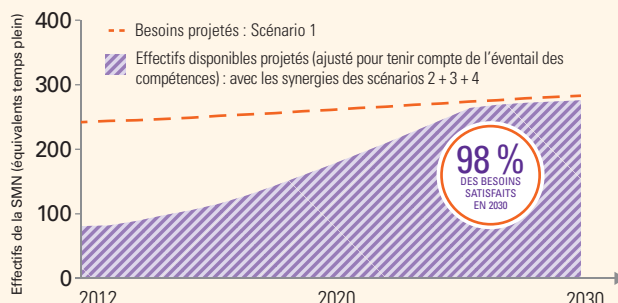


4% de perte → 2% de perte
39% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 46% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



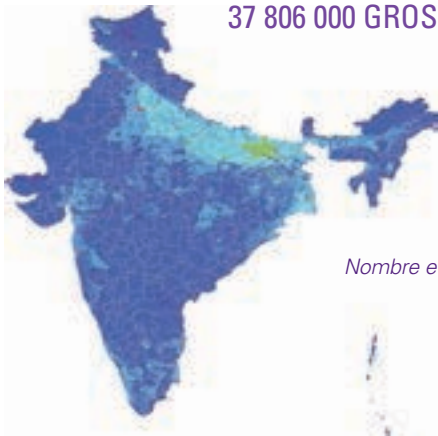
1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

INDE

En 2012, sur une population estimée à 1 236,7 millions d'habitants, 892,4 millions (72 %) vivaient en milieu rural et 319,5 millions (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 19 % pour atteindre 1 476,4 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 34,6 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 73 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 2 764,5 millions de visites prénatales, 473,9 millions d'accouchements et 1 895,5 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

37 806 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

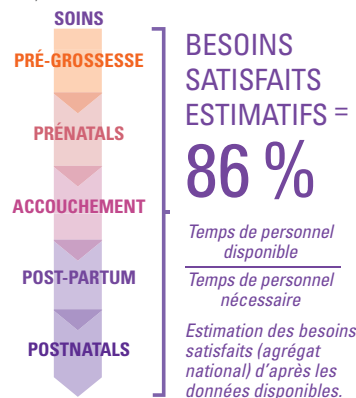


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	S.O. S.O.
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	1 406 006 –
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	718 661 60
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	883 812 –
Obstétriciens et gynécologues	– 66



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2004
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	156 180/11
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	–

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	4
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Non/Oui

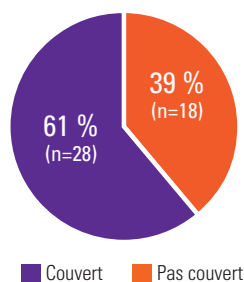
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1905, 2000
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

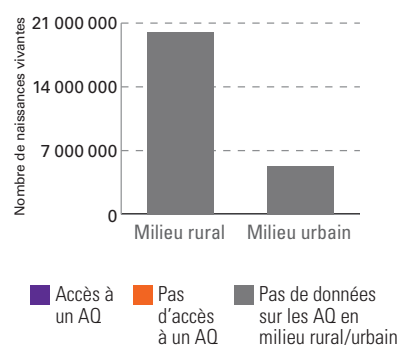
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

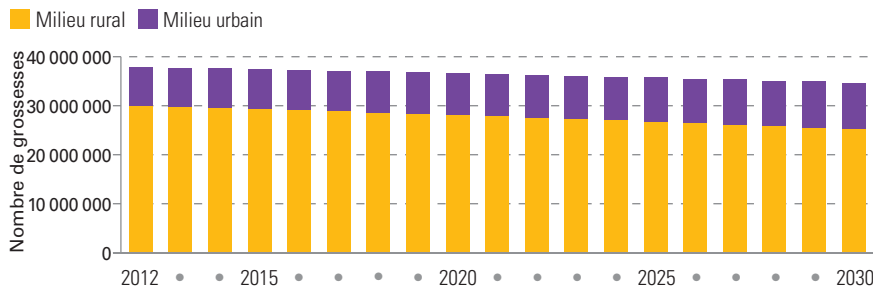


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

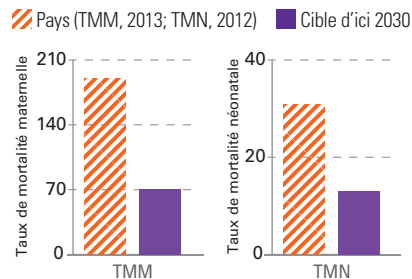
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

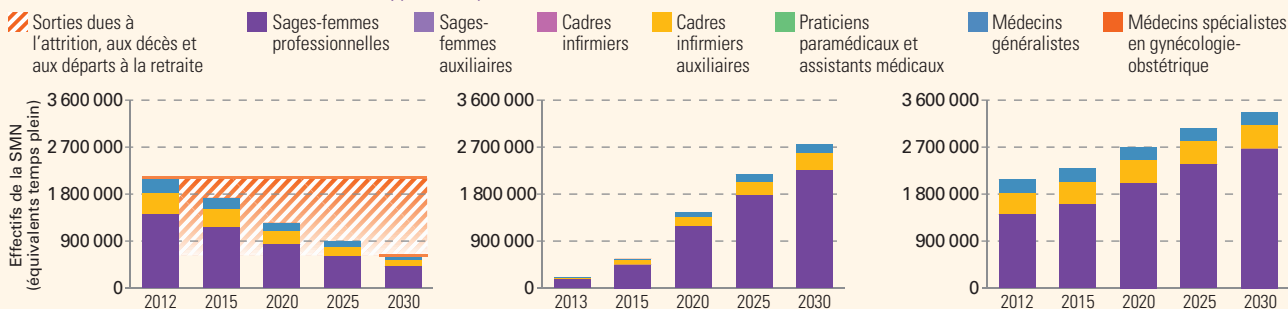
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

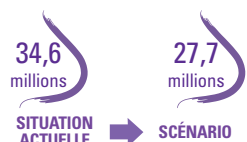
EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



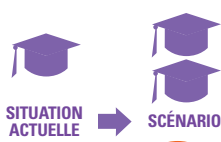
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

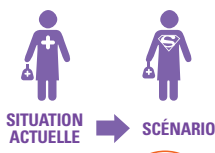


Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

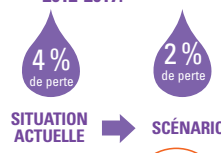
2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



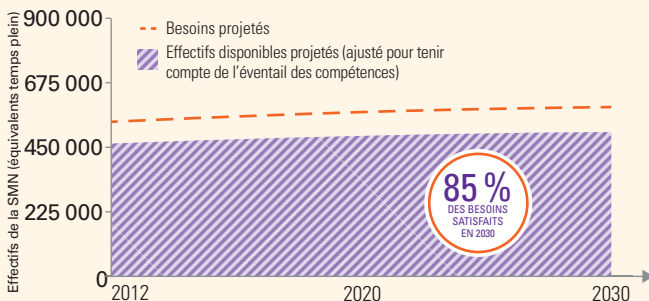
3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



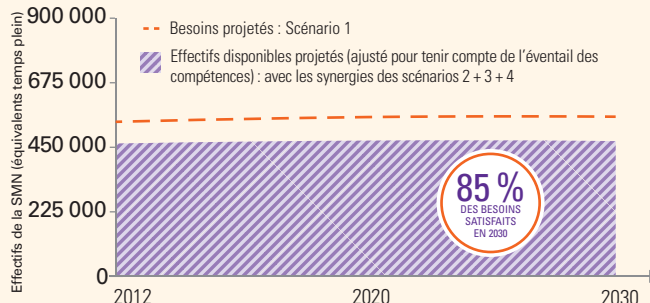
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Infirmières : comprend les infirmières soignantes; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières sages-femmes auxiliaires (ANM), les visiteuses de santé féminine; médecins généralistes : comprend les officiers médicaux; obstétriciens et gynécologues : comprend les spécialistes (obst.-gyn.). Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières : infirmières soignantes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

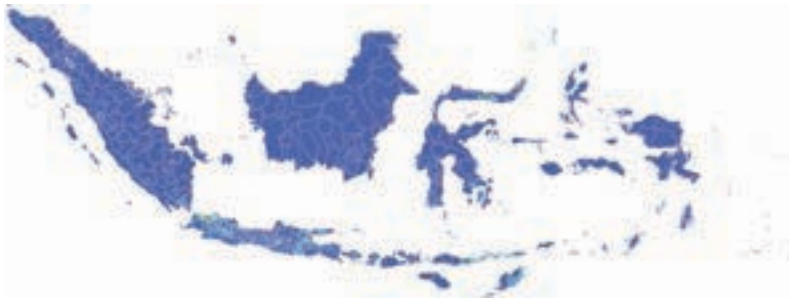
INDONÉSIE

En 2012, sur une population estimée à 246,9 millions d'habitants, 153,2 millions (62 %) vivaient en milieu rural et 66,1 millions (27 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,3. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 19 % pour atteindre 293,5 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 6,7 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 52 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 518,3 millions de visites prénatales, 86,2 millions d'accouchements et 344,6 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

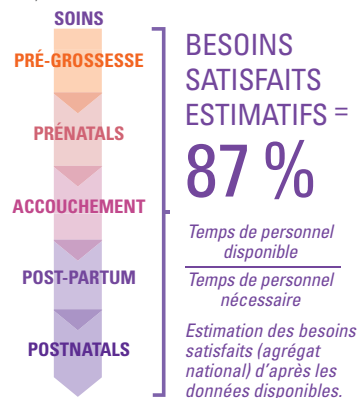
7 141 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	207 761 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	94 660 50
Obstétriciens et gynécologues	2 170 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 /en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/-
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	5
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

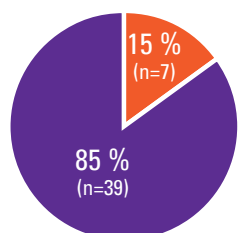
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles 1951, 2001, 2003	
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

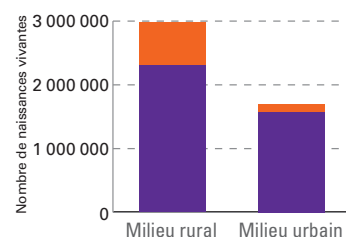
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

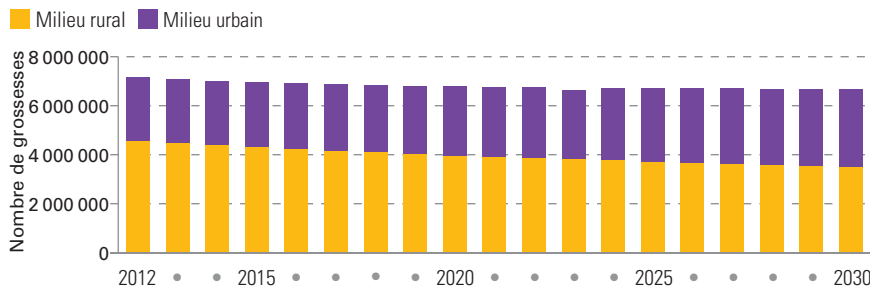
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

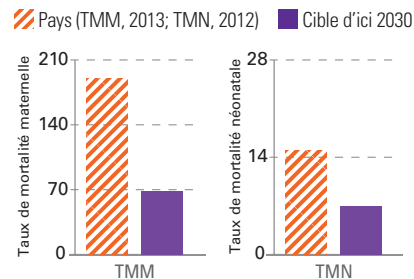


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

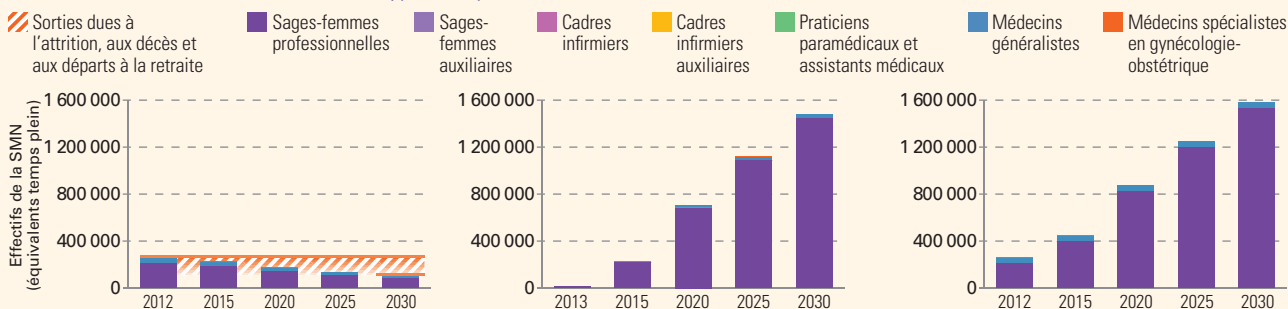
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

6,7 millions (SITUATION ACTUELLE) → 5,3 millions (SCÉNARIO)

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 88% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

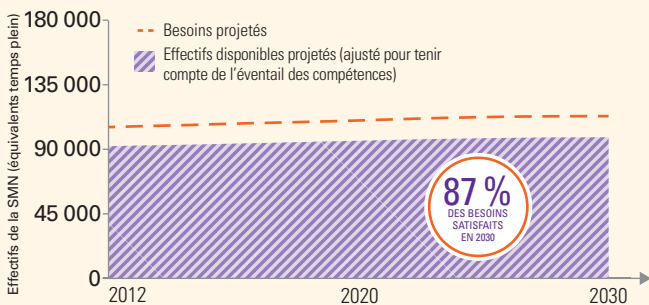
87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 88% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

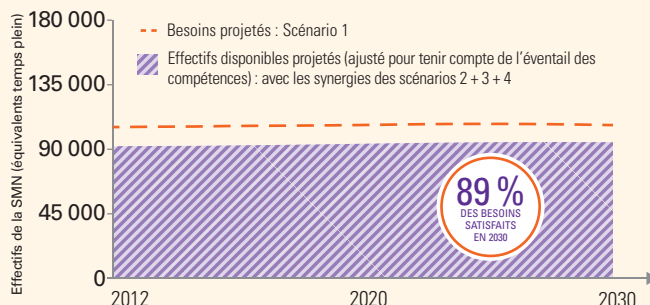
3% de perte (SITUATION ACTUELLE) → 1,5% de perte (SCÉNARIO)

87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



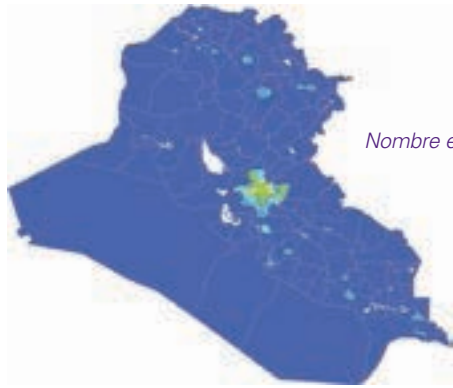
1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; médecins généralistes : comprend les médecins; obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins (obst./gyn.). Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPIER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

IRAQ

En 2012, sur une population estimée à 32,8 millions d'habitants, 23 millions (70 %) vivaient en milieu rural et 8 millions (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,1. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 55 % pour atteindre 51 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,9 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 131,7 millions de visites prénatales, 22,4 millions d'accouchements et 89,7 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 541 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

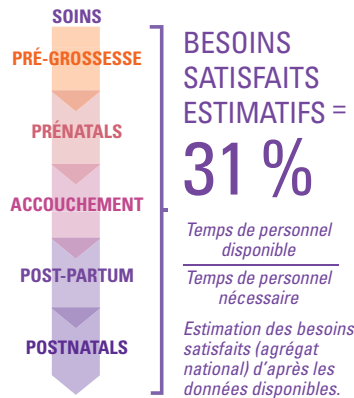


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	1 269 / 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Infirmières-sages-femmes	- / 100
Personnel infirmier	S.O. / S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. / S.O.
Médecins généralistes	6 934 / 60
Obstétriciens et gynécologues	1 020 / 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Non, S.O.
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	S.O.
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	584/46
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	4
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Non/Non

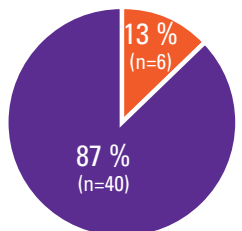
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1959, 1971, 2012
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

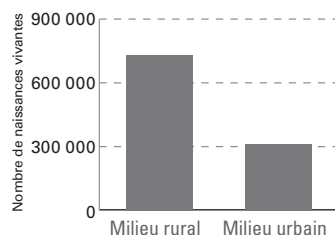
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

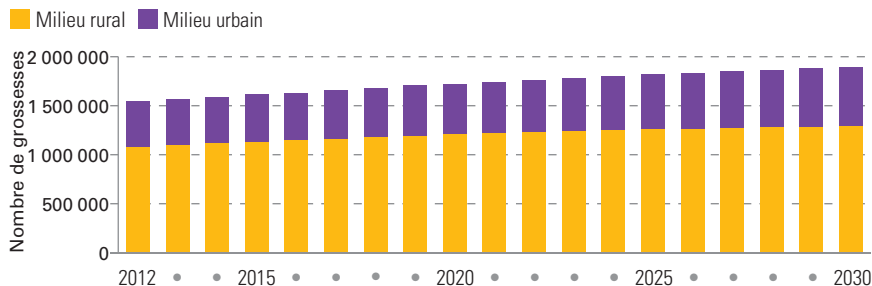
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

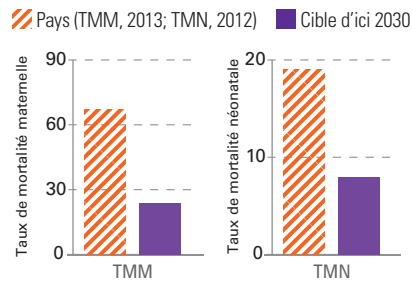


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

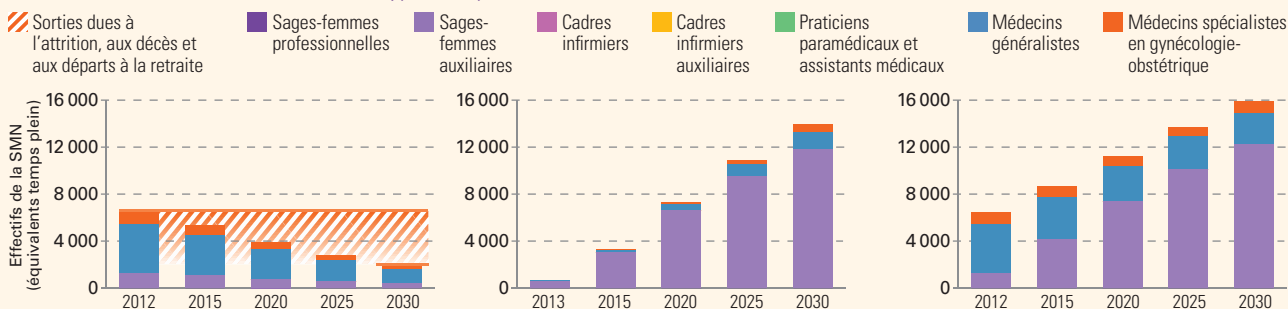
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,9 million → 1,5 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

32% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 39% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

32% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 37% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

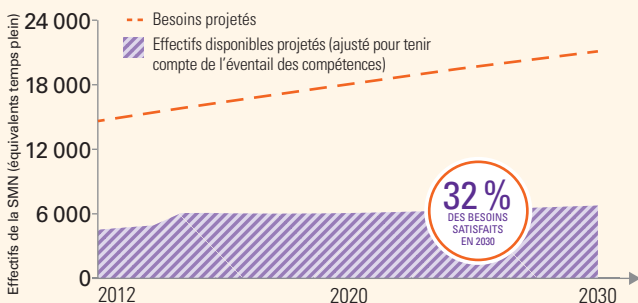
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

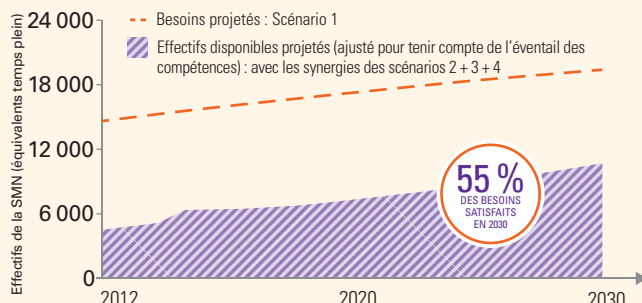
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

32% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 35% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes, médecins de famille et pédiatres; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

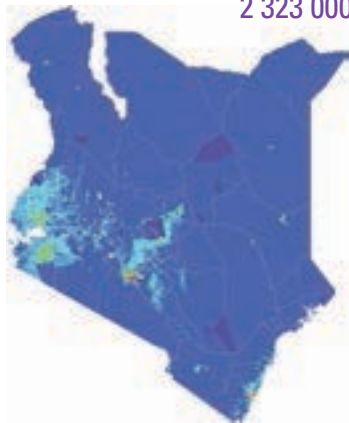
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

KENYA

En 2012, sur une population estimée à 43,2 millions d'habitants, 32,7 millions (76 %) vivaient en milieu rural et 10,5 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,4. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 54 % pour atteindre 66,3 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 2,8 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 73 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 194,4 millions de visites prénatales, 32,8 millions d'accouchements et 131,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

2 323 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

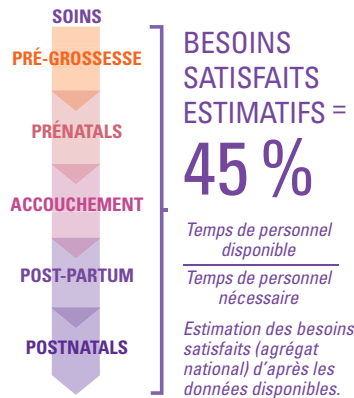


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	71 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	12 000 100
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	7 549 30
Obstétriciens et gynécologues	600 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	2
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	28
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	50/70
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

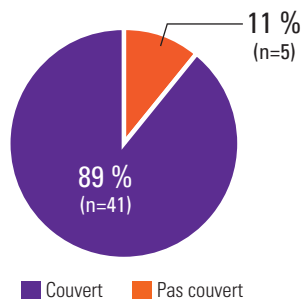
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1994
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

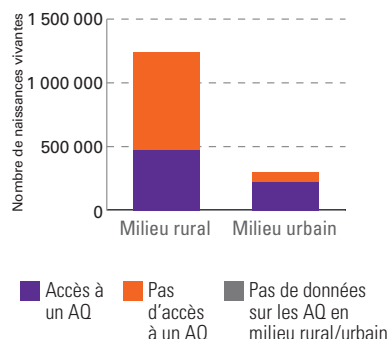
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

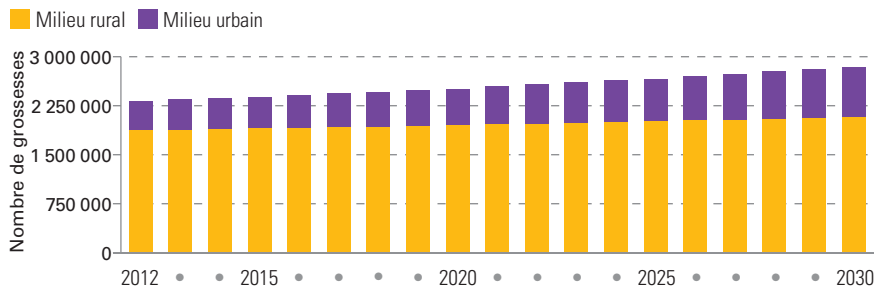


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

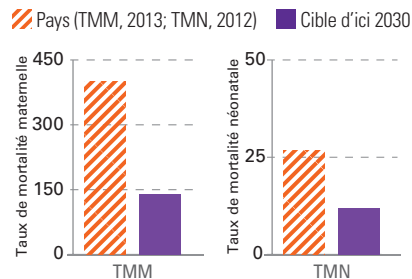
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

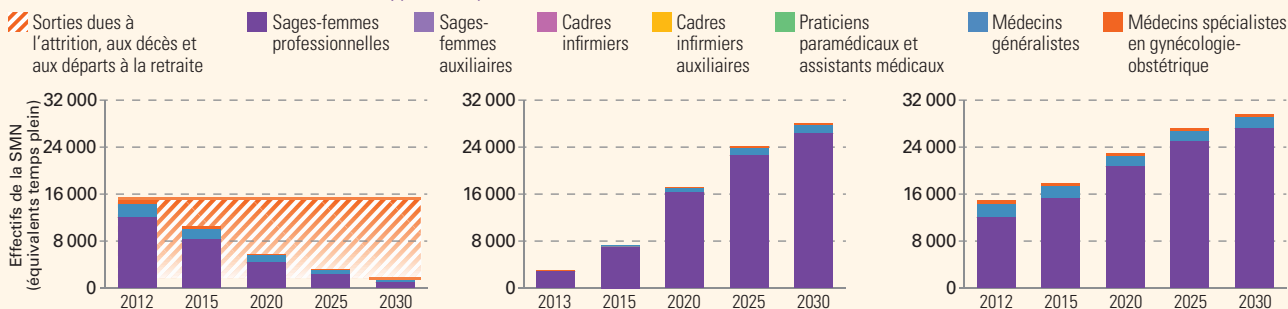
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

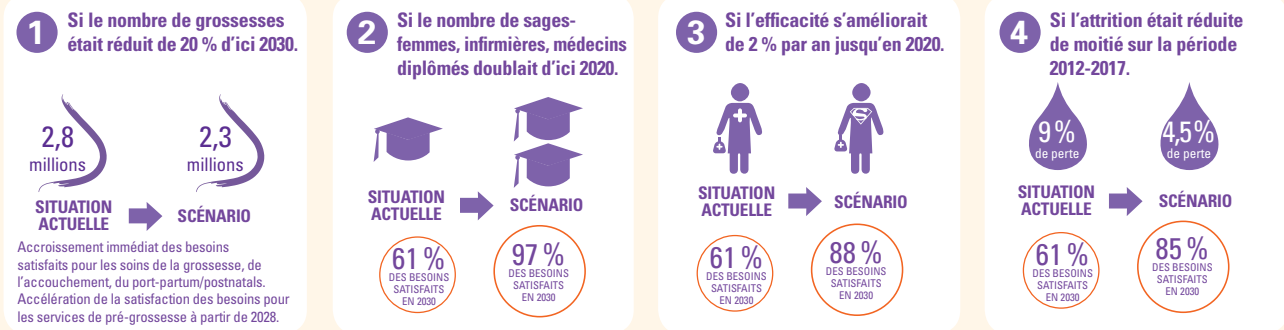
ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

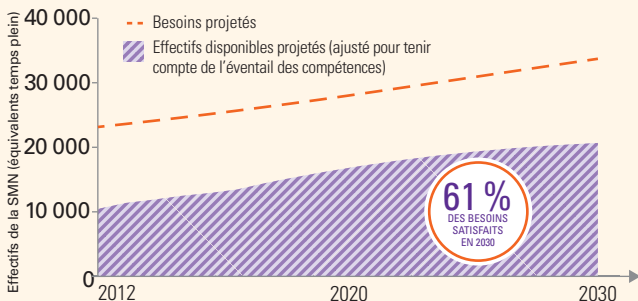
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



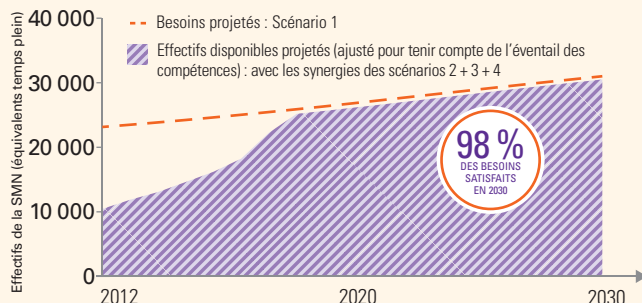
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes inscrites, les sages-femmes enregistrées; infirmières : comprend les infirmières communautaires enregistrées; médecins généralistes : comprend les officiers médicaux; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

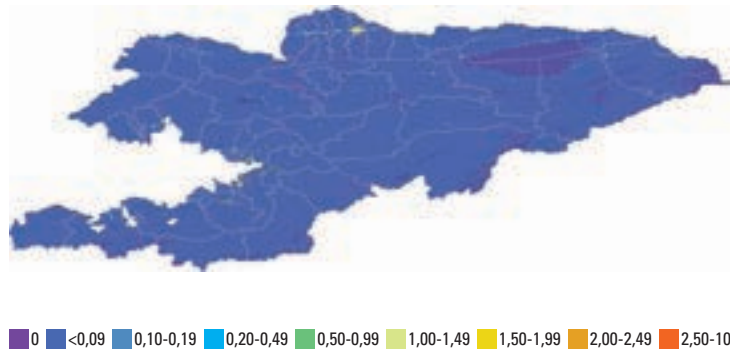
KIRGHIZISTAN

En 2012, sur une population estimée à 5,5 millions d'habitants, 2,5 millions (45 %) vivaient en milieu rural et 1,5 million (28 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3.1. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 26 % pour atteindre 6,9 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,2 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 14,6 millions de visites prénatales, 2,7 millions d'accouchements et 10,8 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

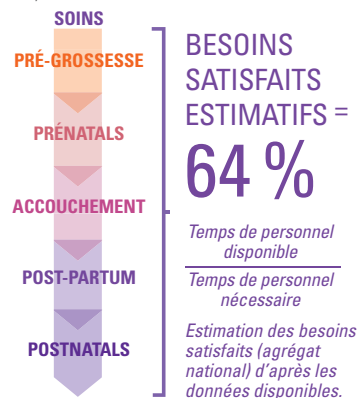
204 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	2 277 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	1 729 30
Obstétriciens et gynécologues	1 002 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10-
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	5
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	3 878/170
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

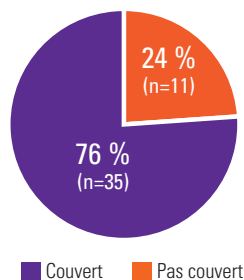
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2011
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

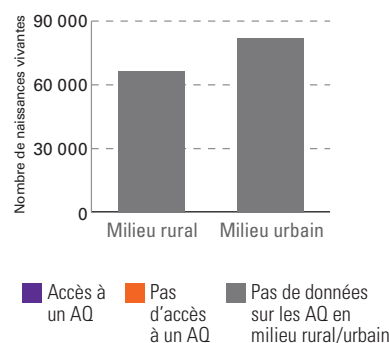
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

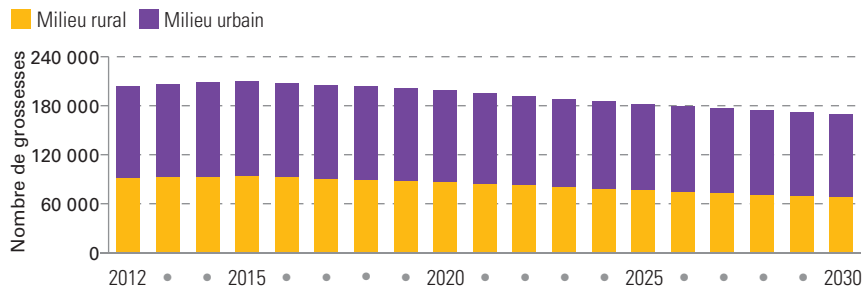


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

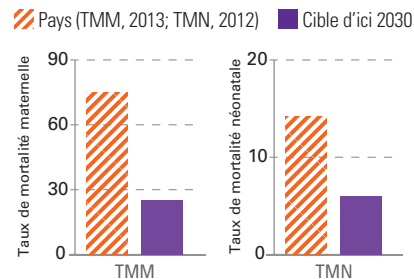
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

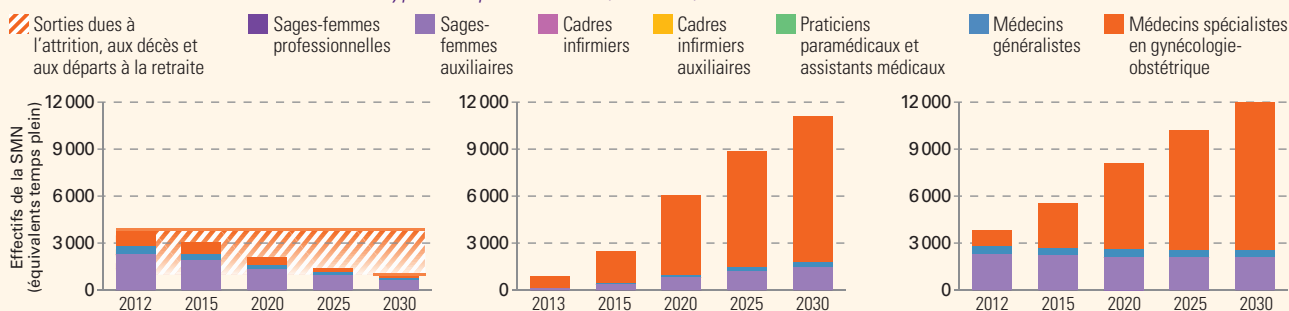
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,17 million → 0,14 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

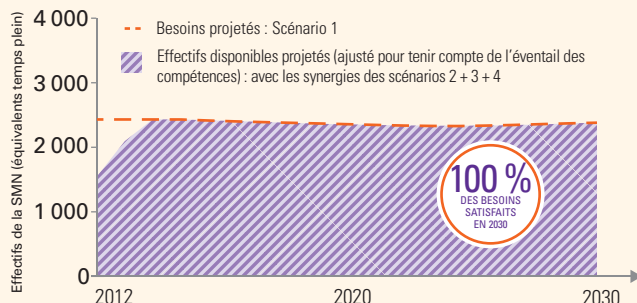
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; médecins généralistes : comprend les médecins de famille; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMY 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

LAO, RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE

En 2012, sur une population estimée à 6,6 millions d'habitants, 5,9 millions (89 %) vivaient en milieu rural et 1,8 million (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 33 % pour atteindre 8,8 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,3 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 22,6 millions de visites prénatales, 3,4 millions d'accouchements et 13,7 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)



Nombre et répartition des grossesses (2012)

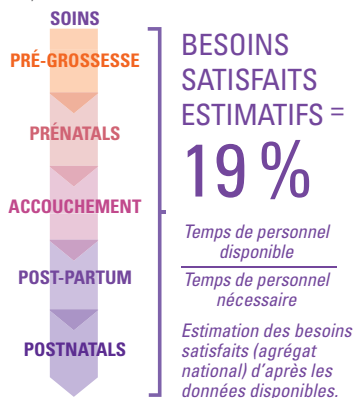


308 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	673 90
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	495 30
Obstétriciens et gynécologues	105 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10-
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	1,5
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	189/28
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	-
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

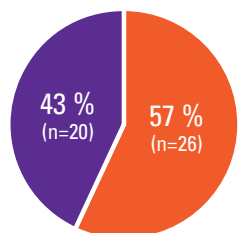
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2007
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Non
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Non
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

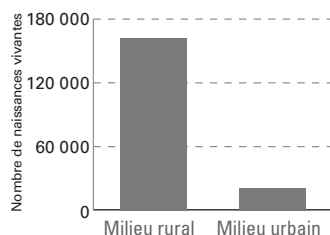
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

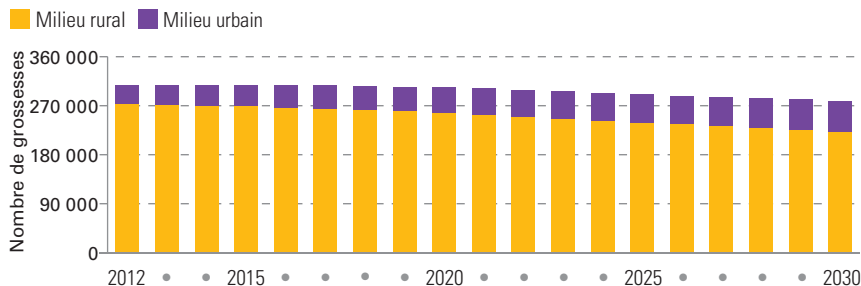
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

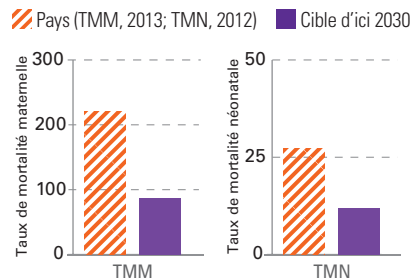


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

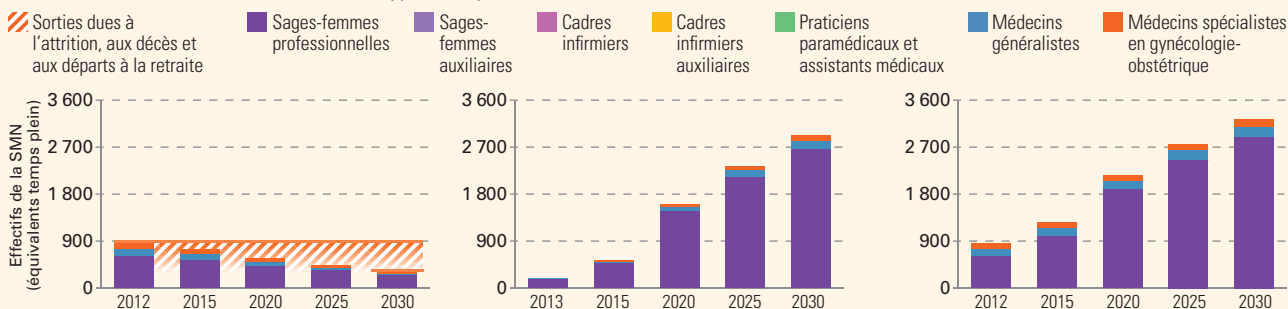
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,28 million → 0,22 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

60% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 91% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

60% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 85% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

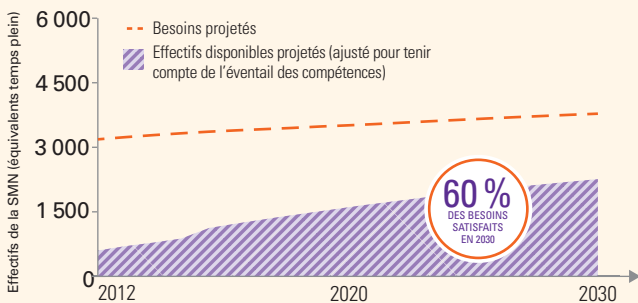
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

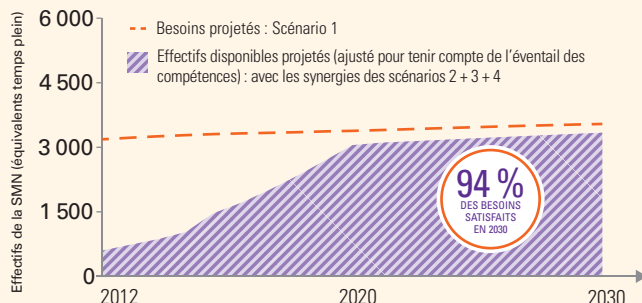
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

60% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 70% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes communautaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes, les médecins de famille; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-DMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes (au sens large).

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

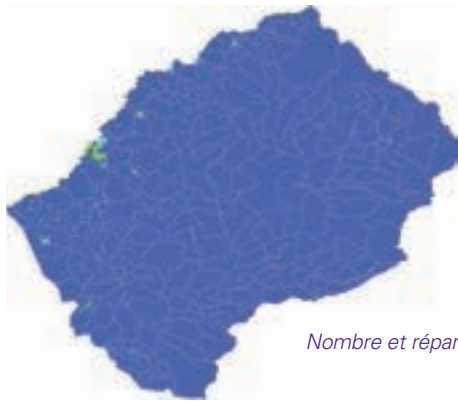
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

LESOTHO

En 2012, sur une population estimée à 2,1 millions d'habitants, 1,6 million (77 %) vivaient en milieu rural et 0,5 million (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,1. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 18 % pour atteindre 2,4 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,07 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 77 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 6 millions de visites prénatales, 1,1 million d'accouchements et 4,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

80 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

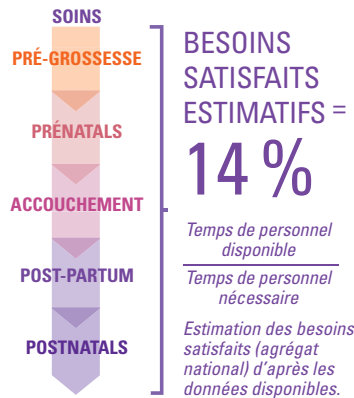


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	S.O. S.O.
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	184 80
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	180 45
Obstétriciens et gynécologues	2 90



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2009
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	35
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	180/98
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	70 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	4
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

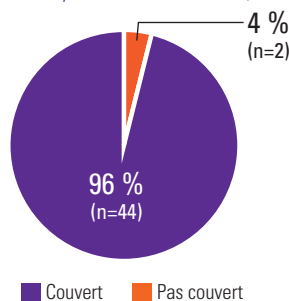
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1980, 2010
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

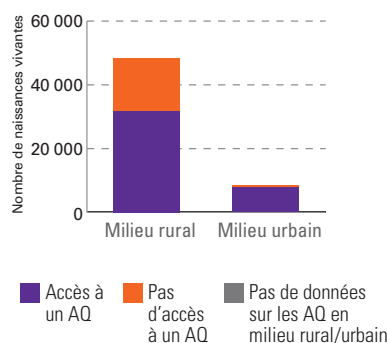
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

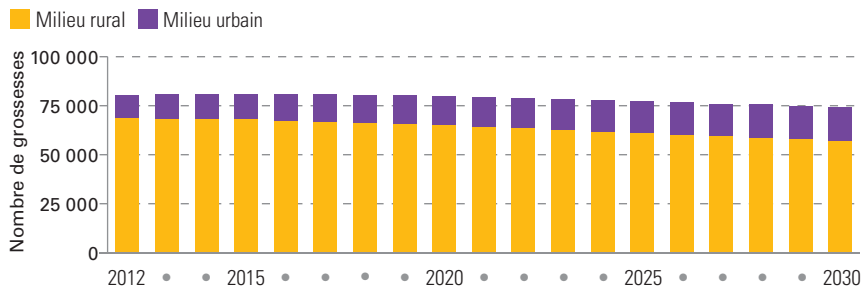


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

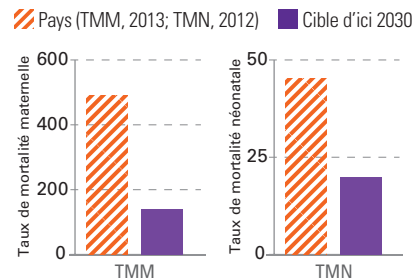
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJÉTÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

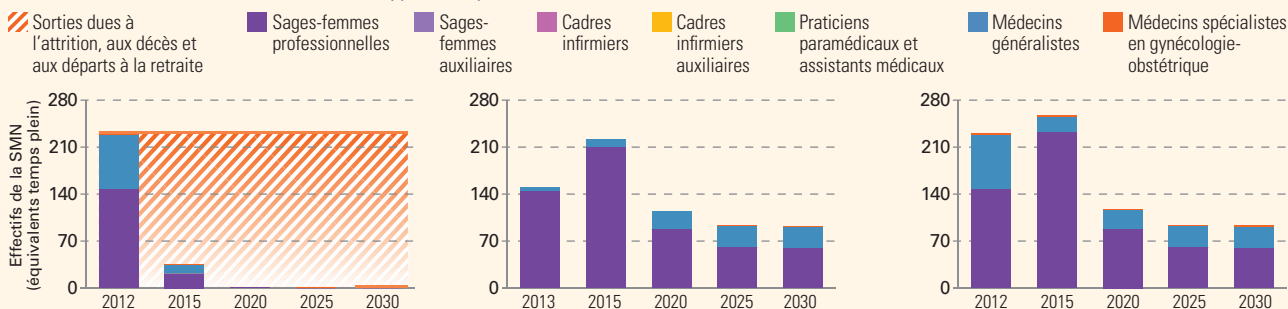
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,07 million → 0,06 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

5% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

5% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 10% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

5% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 7% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

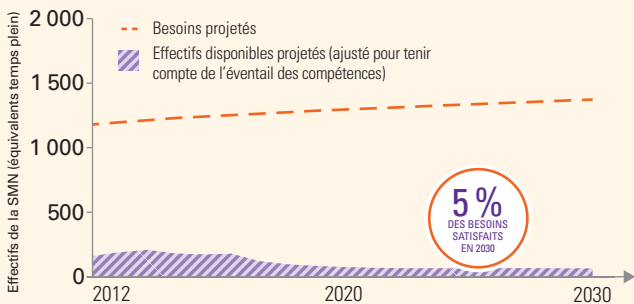
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

45% de perte → 22,5% de perte

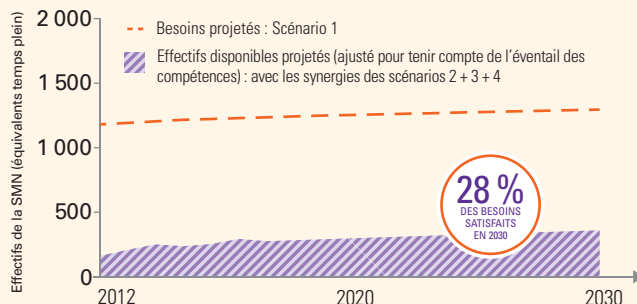
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

5% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 9% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes; médecins généralistes : comprend les omnipraticiens (GP), obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-DMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

LIBÉRIA

En 2012, sur une population estimée à 4,2 millions d'habitants, 3,3 millions (80 %) vivaient en milieu rural et 1 million (23 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,8. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 53 % pour atteindre 6,4 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,3 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 76 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 18,8 millions de visites prénatales, 3,3 millions d'accouchements et 13,2 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

221 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

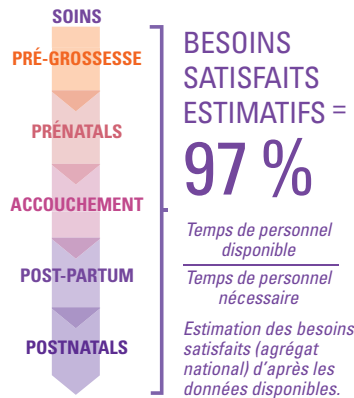


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	806 / 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Infirmières-sages-femmes	57 / 75
Personnel infirmier	4 922 / 60
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	65 / 80
Cliniciens et assistants médicaux	800 / 60
Médecins généralistes	289 / 40
Obstétriciens et gynécologues	9 / 90



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	75
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	72/9
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

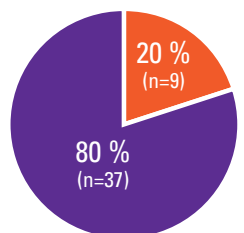
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1958, 1972
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

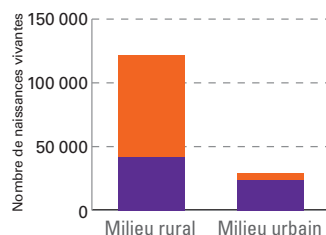
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

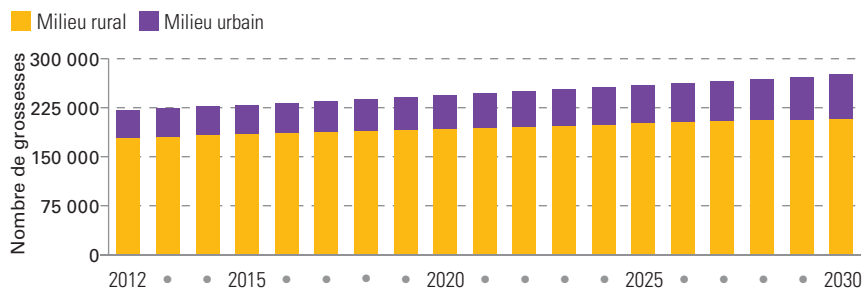
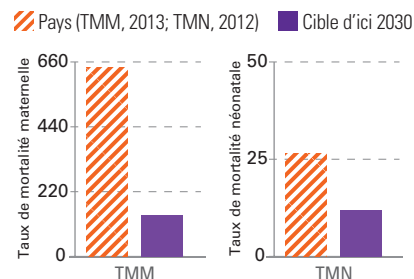
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

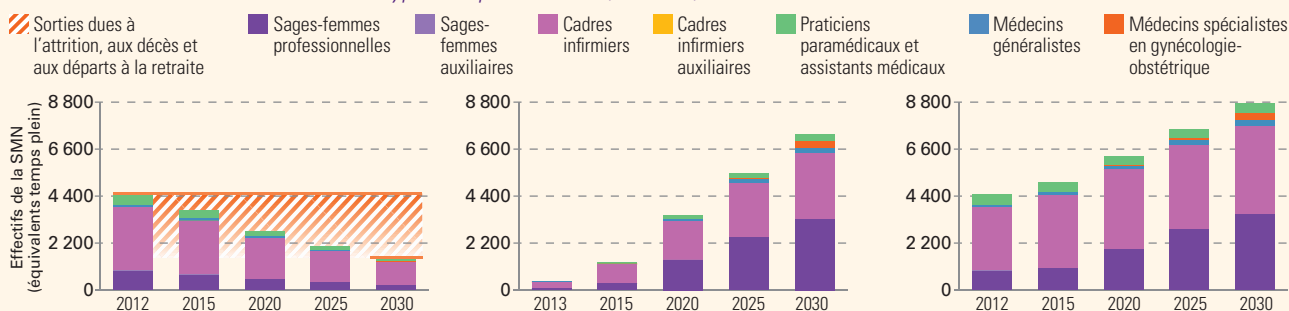
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

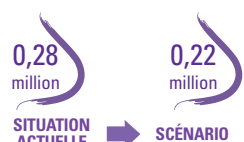
EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



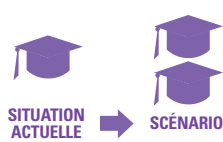
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.



Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

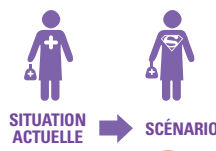
2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

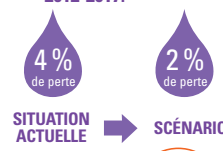
3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

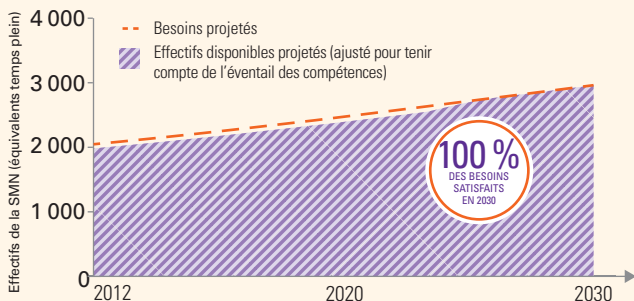
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



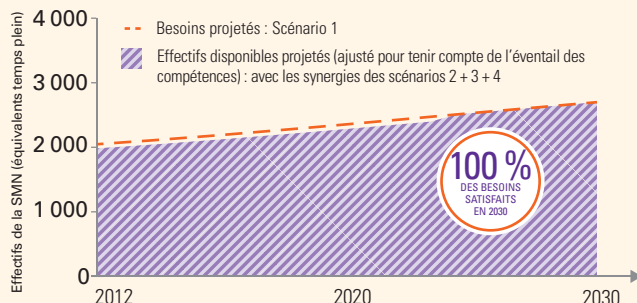
100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes certifiées, les sages-femmes enregistrées; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes; infirmières : comprend les infirmières autorisées; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières auxiliaires autorisées (LPN); médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues; cliniciens et assistants médicaux : comprend les assistants médicaux. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

MADAGASCAR

En 2012, sur une population estimée à 22,3 millions d'habitants, 17,6 millions (79 %) vivaient en milieu rural et 5,3 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 61 % pour atteindre 36 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,4 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 79 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 92,1 millions de visites prénatales, 18 millions d'accouchements et 71,9 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 022 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

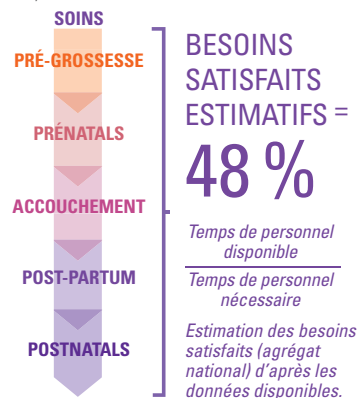


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	3 400 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	6 000 50
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	2 109 50
Obstétriciens et gynécologues	24 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2005
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	80
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	146/4
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

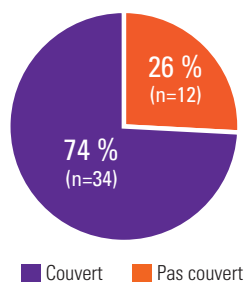
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1996
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

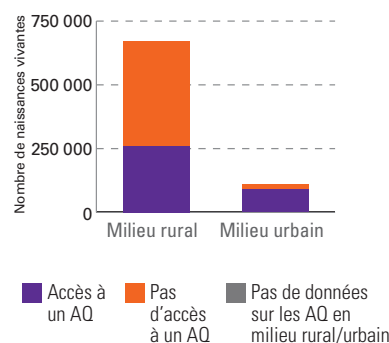
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

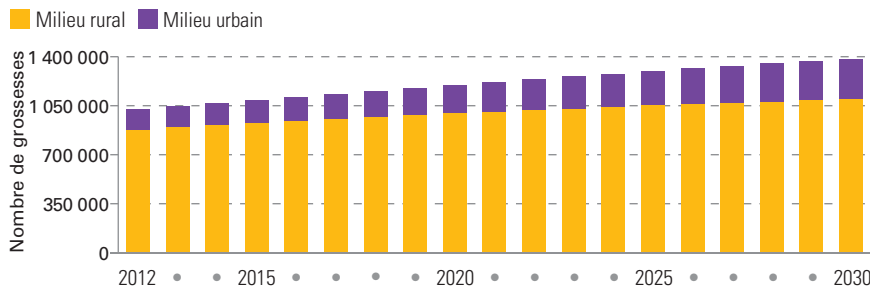


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

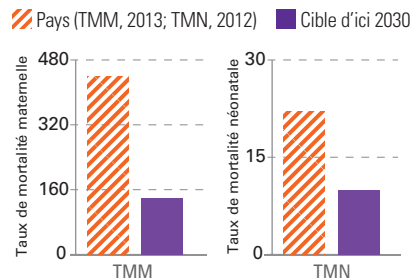
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

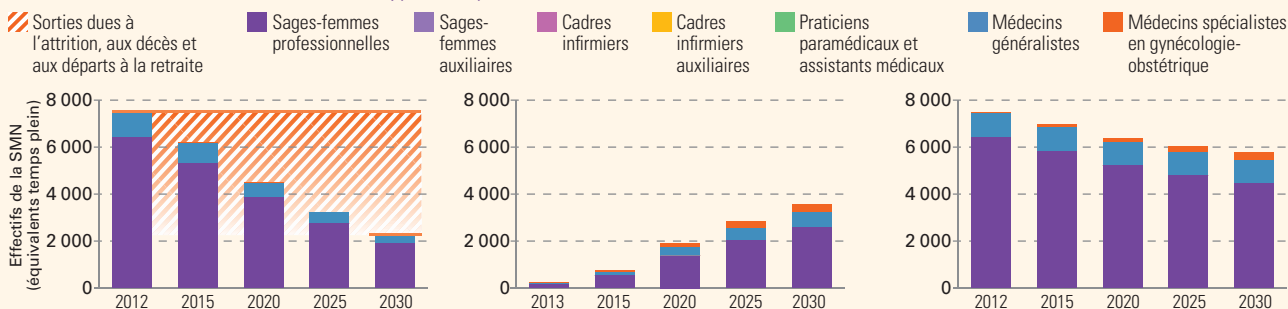
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,4 million → 1,1 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

24% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 37% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

24% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 34% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

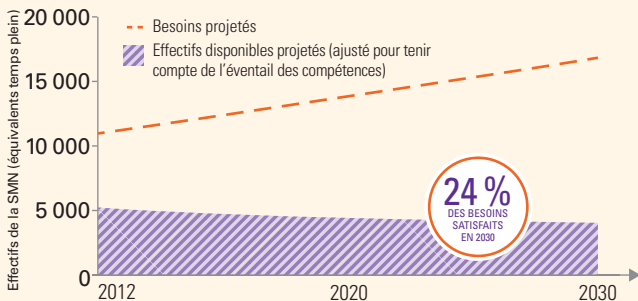
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

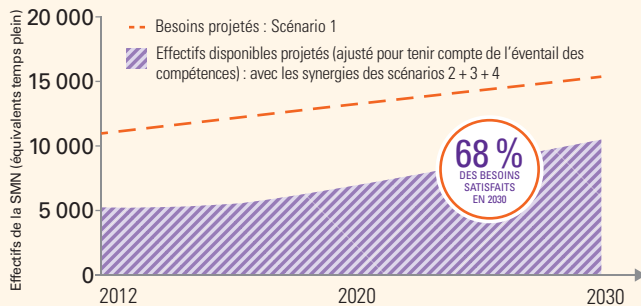
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

24% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 29% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières : comprend les infirmiers généralistes; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMY 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels). Source : SoWMY 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

MALAWI

En 2012, sur une population estimée à 15,9 millions d'habitants, 13 millions (82 %) vivaient en milieu rural et 3,5 millions (22 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5,4. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 63 % pour atteindre 26 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,3 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 79 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 86 millions de visites prénatales, 14,8 millions d'accouchements et 59,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

951 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

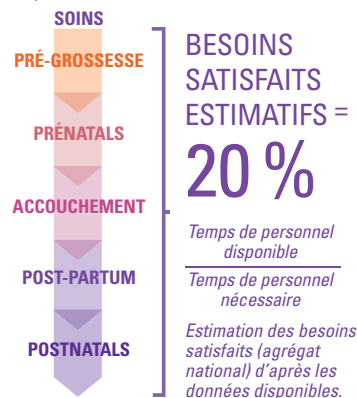


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)	
	S.O.	S.O.
Sages-femmes	S.O.	S.O.
Sages-femmes auxiliaires	48	100
Infirmières-sages-femmes	3 037	75
Personnel infirmier	S.O.	S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	1 033	25
Médecins généralistes	125	35
Obstétriciens et gynécologues	25	100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	40
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	496/16
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	30 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

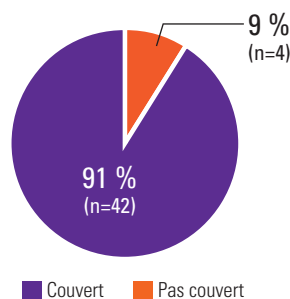
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1979, 1997
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

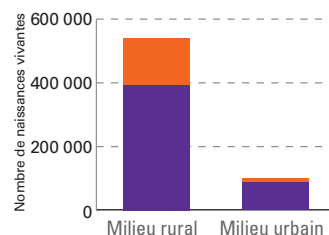
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

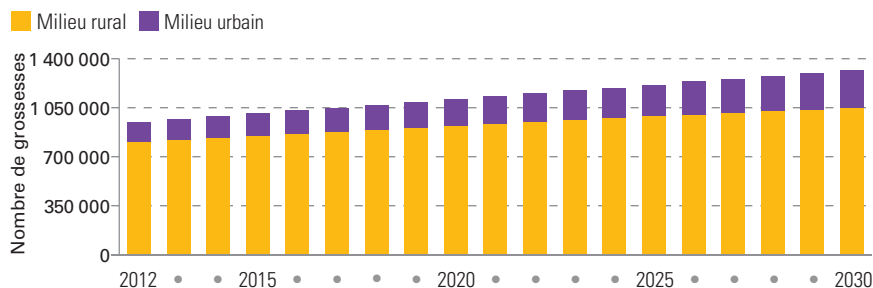
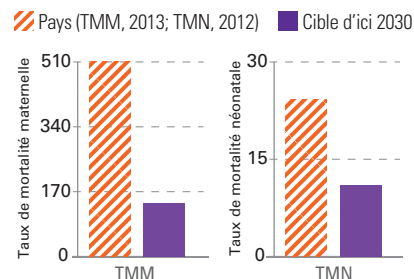
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

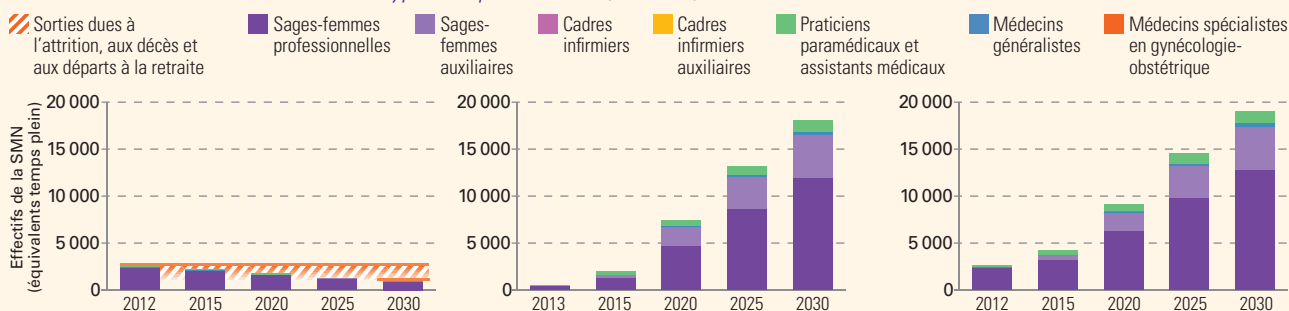
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

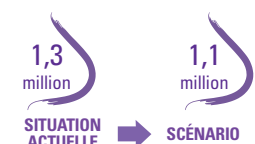
EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



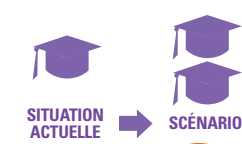
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

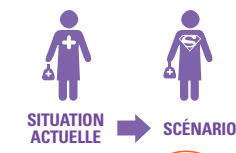


Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

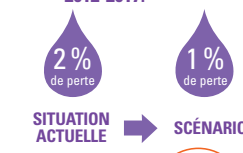
2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



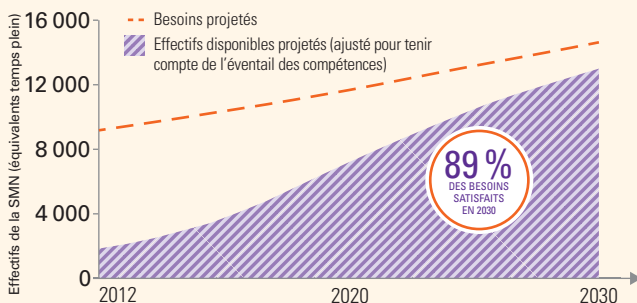
3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



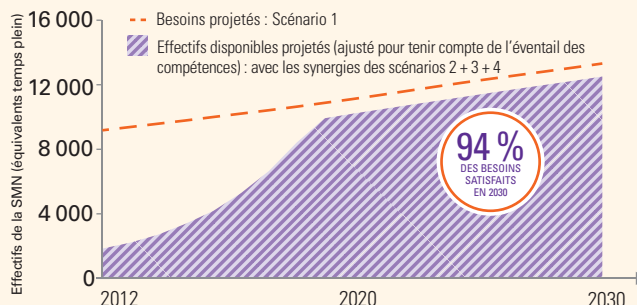
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes auxiliaires communautaires; infirmières sages-femmes : comprend les techniciennes infirmières sages-femmes (certifiées), les infirmières sages-femmes enregistrées (diplômées); médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues; cliniciens et assistants médicaux : comprend les cliniciens, les assistants médicaux. Source : SoWMY 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

MALI

En 2012, sur une population estimée à 14,9 millions d'habitants, 9,9 millions (67 %) vivaient en milieu rural et 3,3 millions (22 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 6,9. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 75 % pour atteindre 26,0 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,4 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 59 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 90 millions de visites prénatales, 17 millions d'accouchements et 68,2 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

953 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

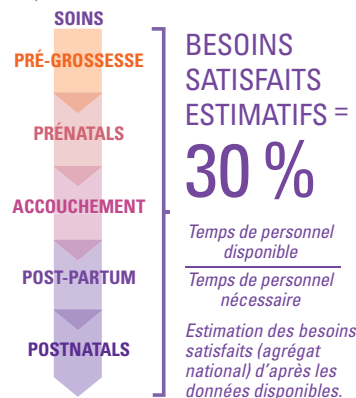


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	686 100
Sages-femmes auxiliaires	1 275 100
Infirmières-sages-femmes	674 100
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	1 455 100
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	947 30
Obstétriciens et gynécologues	130 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	30
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	67/10
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

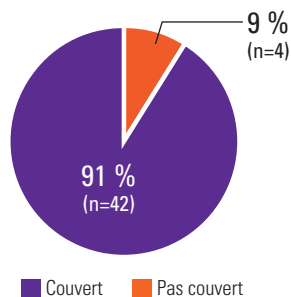
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1997
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

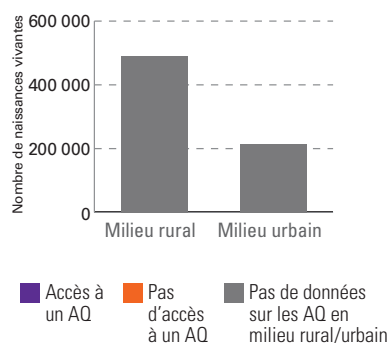
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

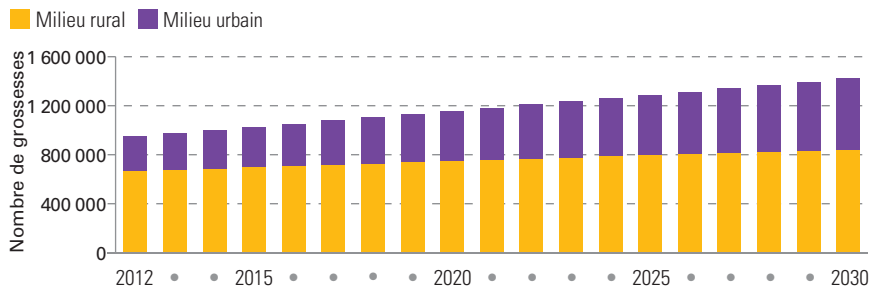


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

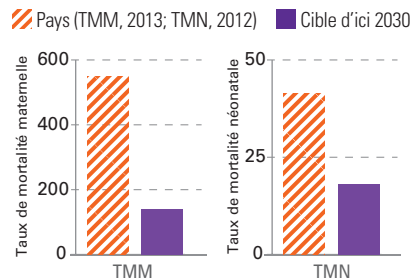
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

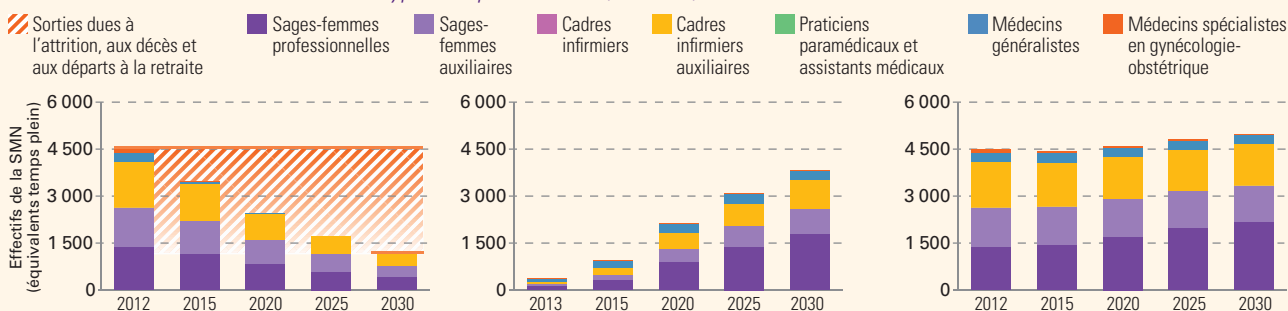
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

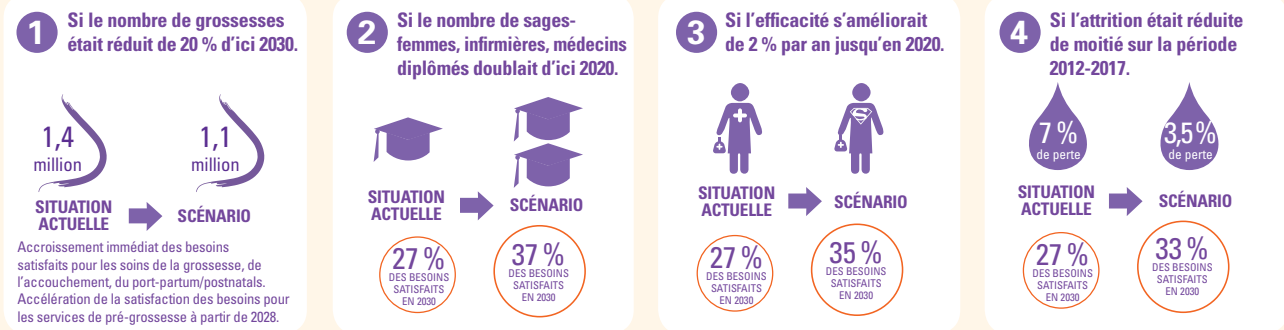
ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

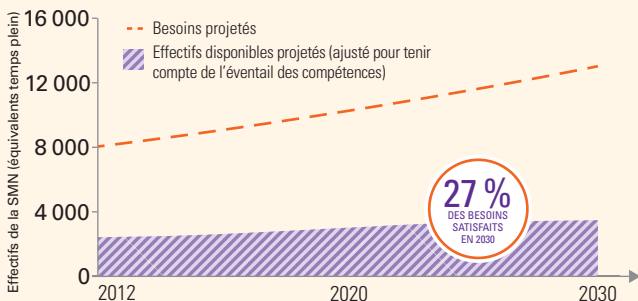
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



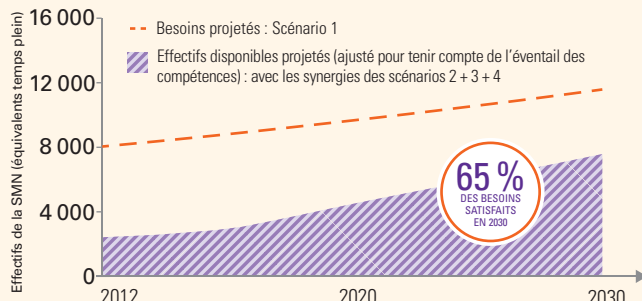
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les matrones; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières obstétriciennes; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les aides-soignantes; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

MAROC

En 2012, sur une population estimée à 32,5 millions d'habitants, 13,2 millions (41 %) vivaient en milieu rural et 9,2 millions (28 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,8. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 21 % pour atteindre 39,2 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,9 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 44 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 76 millions de visites prénatales, 13,1 millions d'accouchements et 52,4 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 094 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

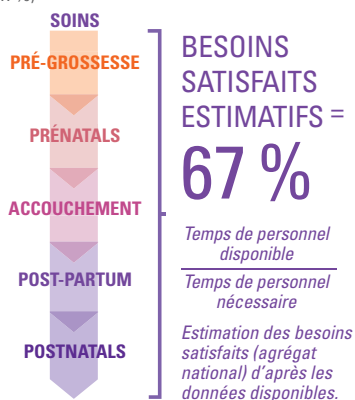


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	2 684 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	375 100
Personnel infirmier	5 200 100
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	10 288 40
Obstétriciens et gynécologues	1 006 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	80
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	454/17
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	75 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

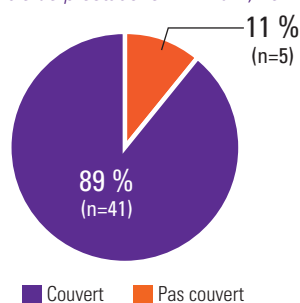
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1990, 2011
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

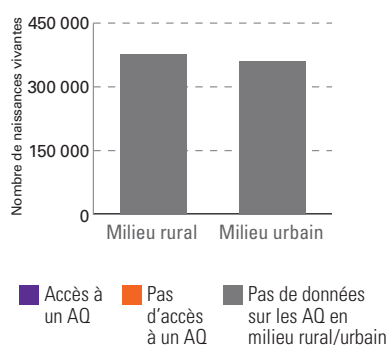
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

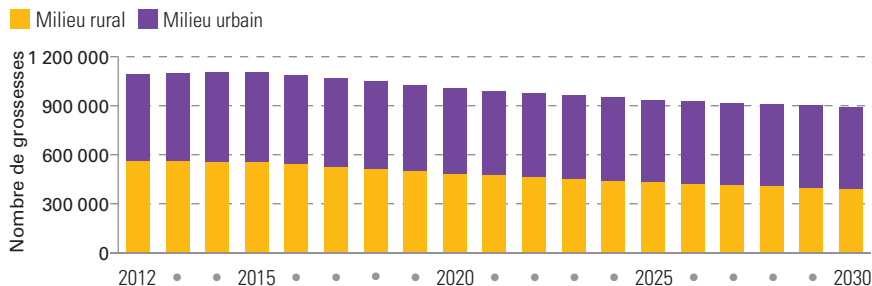


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

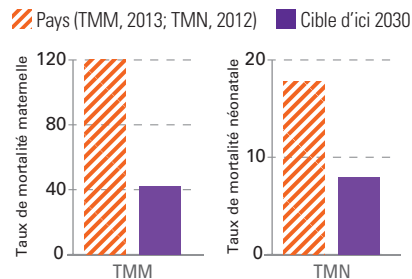
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

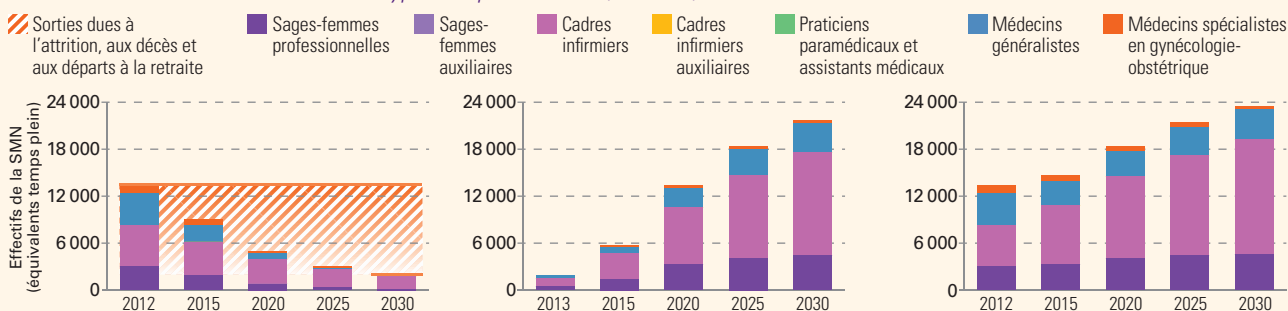
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,89 million → 0,71 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

98% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

98% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

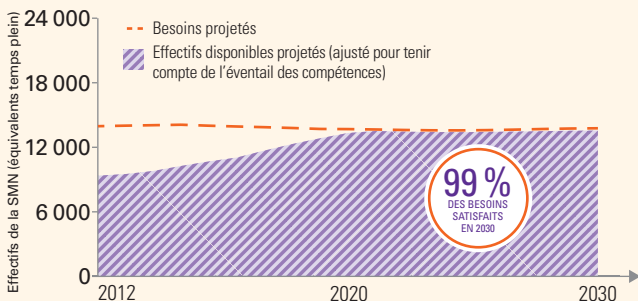
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

12% de perte → 6% de perte

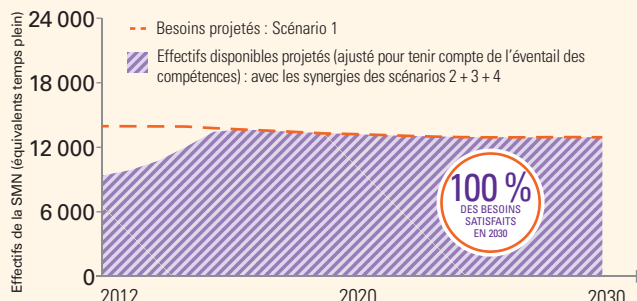
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

98% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières accoucheuses; infirmières : comprend les infirmières polyvalentes de santé maternelle et infantile; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynéco-obstétriciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

MAURITANIE

En 2012, sur une population estimée à 3,8 millions d'habitants, 3 millions (78 %) vivaient en milieu rural et 0,9 million (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,7. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 49 % pour atteindre 5,6 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,2 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 16 millions de visites prénatales, 2,8 millions d'accouchements et 11,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

190 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

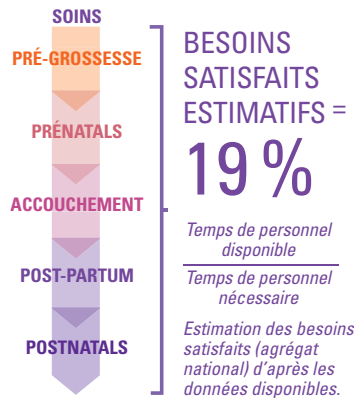


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	368 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	274 40
Obstétriciens et gynécologues	33 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	48/13
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

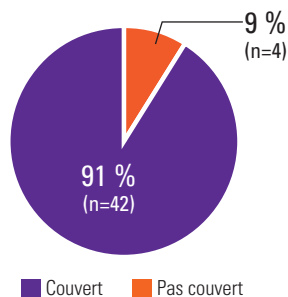
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1986, 2010
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

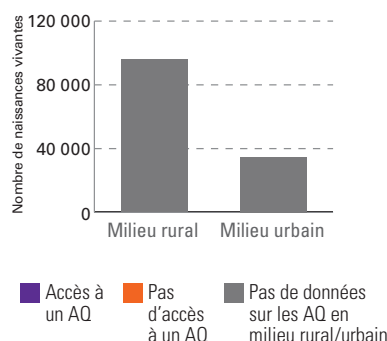
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

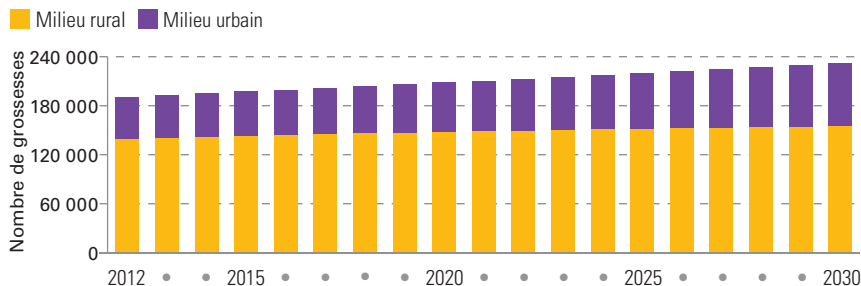


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

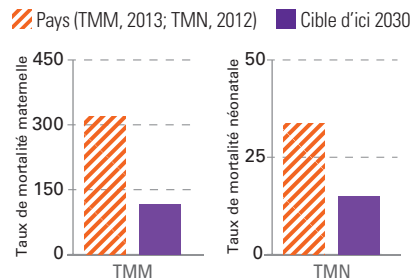
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

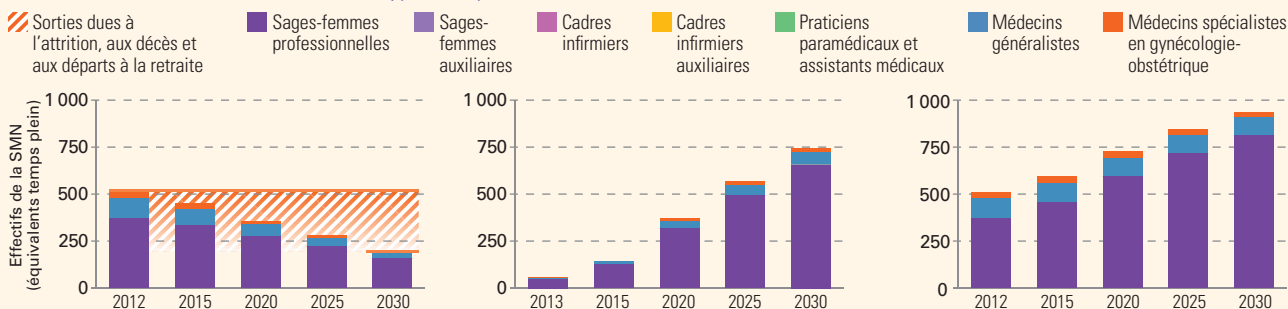
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,23 million → 0,19 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

26% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 43% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

26% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 37% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

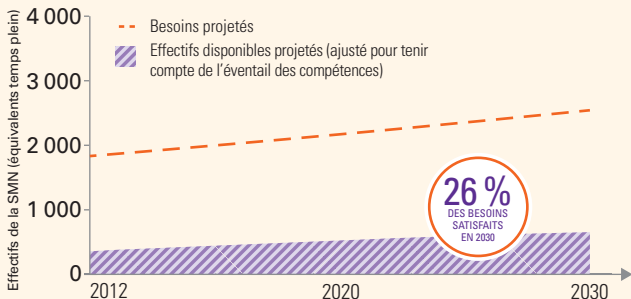
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

2% de perte → 1% de perte

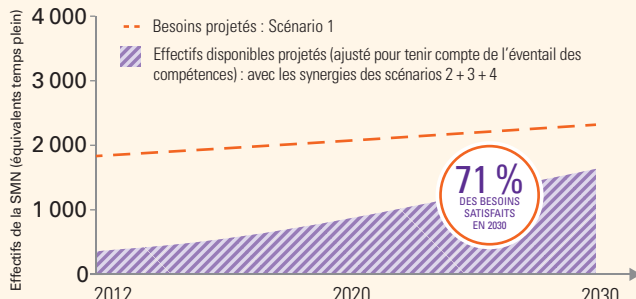
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

26% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 27% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

MEXIQUE

En 2012, sur une population estimée à 120,8 millions d'habitants, 54,4 millions (45 %) vivaient en milieu rural et 33,6 millions (28 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,2. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 19 % pour atteindre 143,7 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 3,1 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 251,4 millions de visites prénatales, 41 millions d'accouchements et 163,9 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

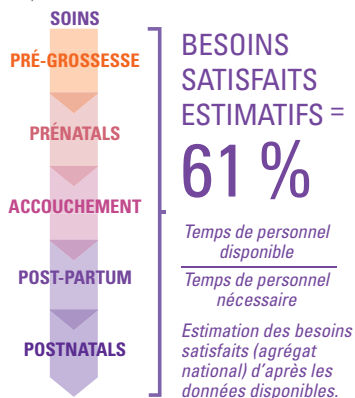
BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

3 530 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	78 100
Sages-femmes auxiliaires	23 000 100
Infirmières-sages-femmes	16 200 20
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	- 10
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	56 433 40
Obstétriciens et gynécologues	8 668 75



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	80
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/-
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	90 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

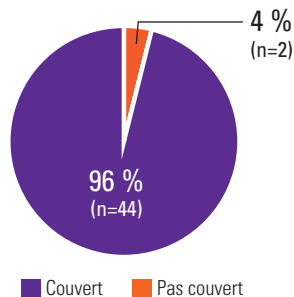
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2011
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Non
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

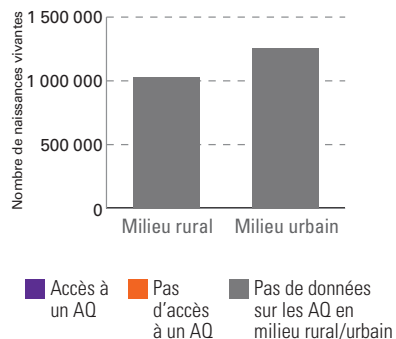
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

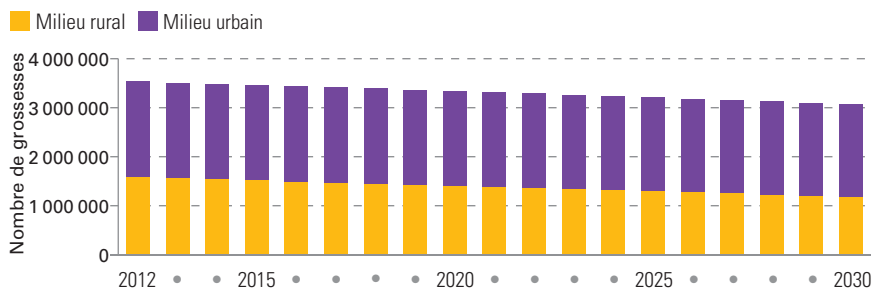


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

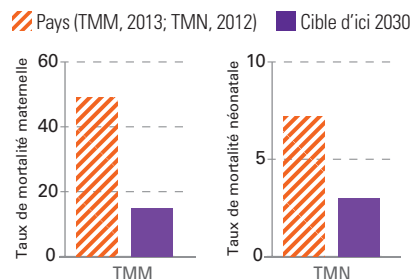
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

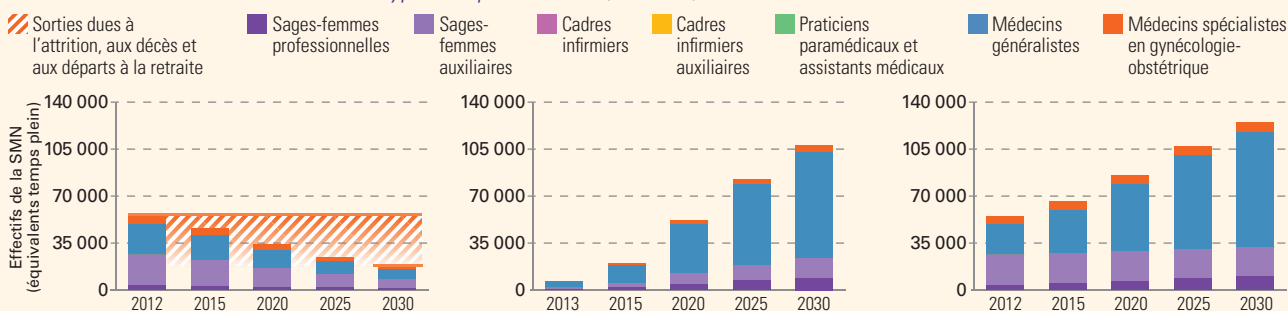
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

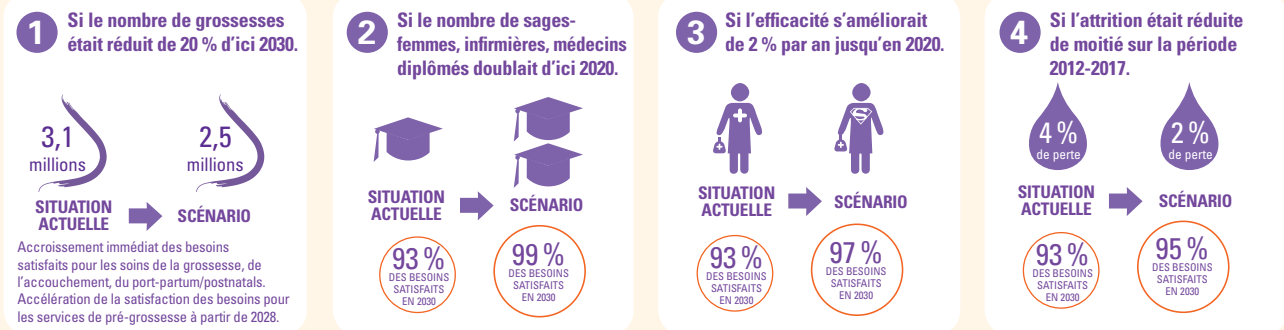
ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

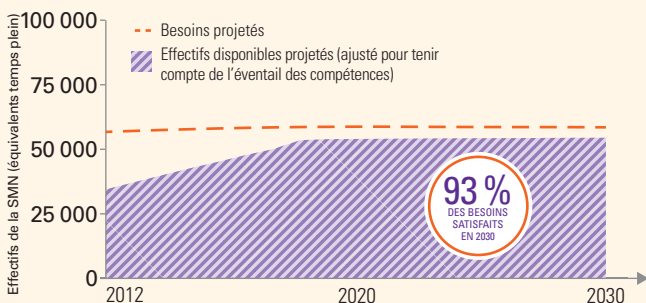
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



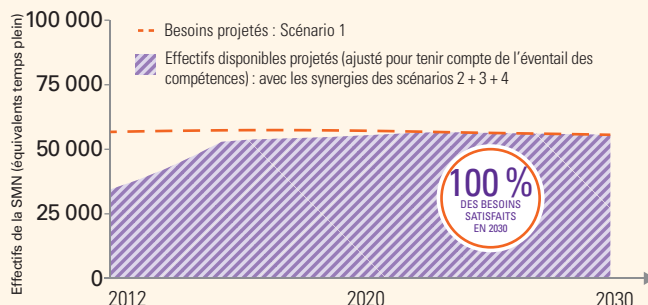
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les *parteras*; sages-femmes auxiliaires : comprend les *parteras auxiliares*; infirmières sages-femmes : comprend les *enfermeras-parteras*; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les *enfermeras parteras auxiliares*; médecins généralistes : comprend les *médicos generales*; obstétriciens et gynécologues : comprend les *médicos obstetras y ginecólogos*.
2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

MOZAMBIQUE

En 2012, sur une population estimée à 25,2 millions d'habitants, 19,4 millions (77 %) vivaient en milieu rural et 5,8 millions (23 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5,2. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 54 % pour atteindre 38,9 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,8 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 75 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 116,3 millions de visites prénatales, 22,2 millions d'accouchements et 89 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 337 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

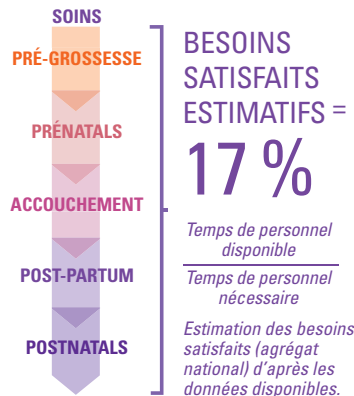


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	3 545 / 60
Sages-femmes auxiliaires	720 / 60
Infirmières-sages-femmes	S.O. / S.O.
Personnel infirmier	S.O. / S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	678 / 15
Cliniciens et assistants médicaux	3 019 / 20
Médecins généralistes	878 / 30
Obstétriciens et gynécologues	65 / 60



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	580/16
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	96 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

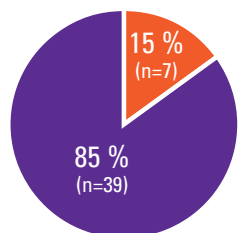
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1989, 2004
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

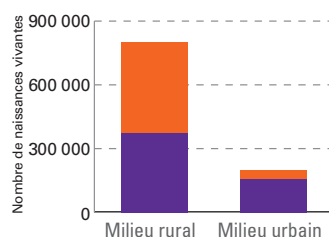
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

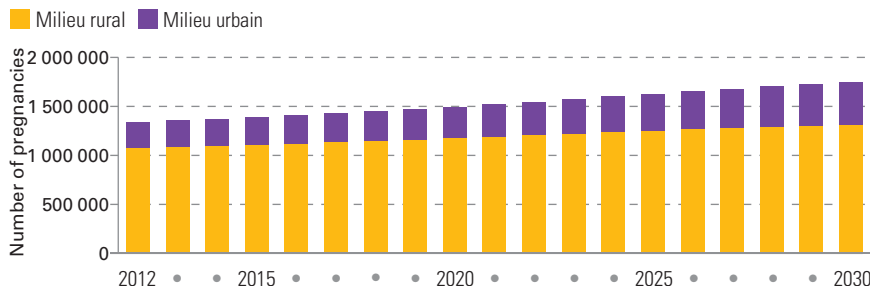
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

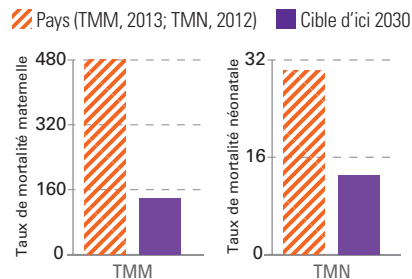


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

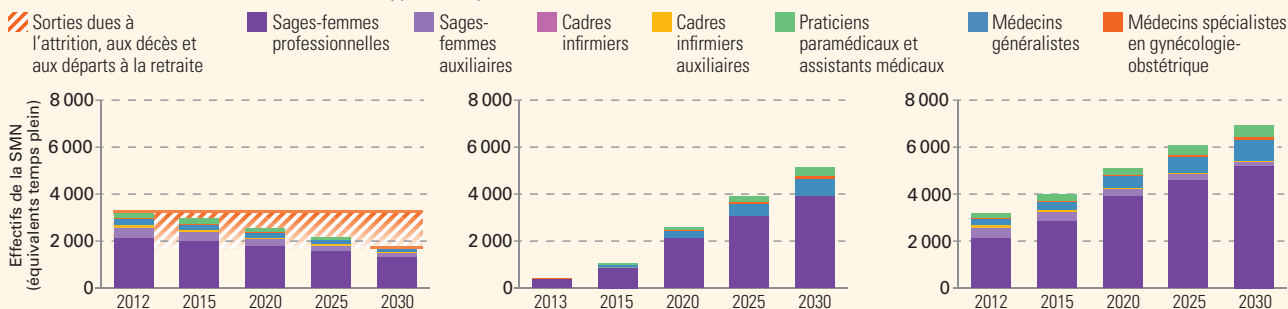
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,8 million → 1,4 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

25% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 38% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

25% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 35% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

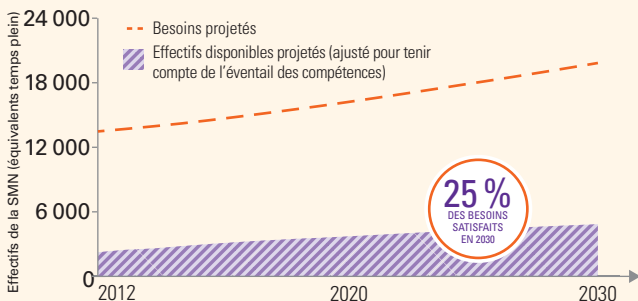
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

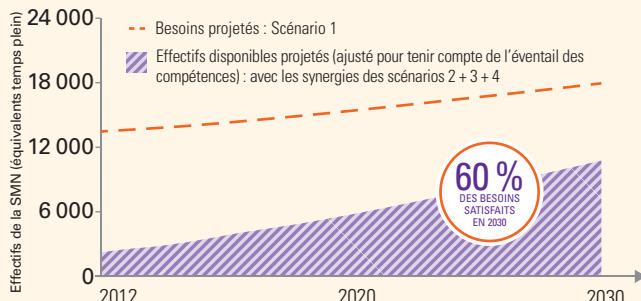
0% de perte → 0% de perte

25% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 25% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les infirmières de santé maternelle et infantile (niveaux supérieur, moyen et de base); sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes élémentaires; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières élémentaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins (obstétriciens/gynécologues); cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les techniciens en chirurgie (niveau moyen et supérieur), les techniciens médicaux (niveau moyen), les agents médicaux (niveau de base). Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières de santé maternelle et infantile (niveau supérieur). Les informations sur le nombre de diplômées 2012 en pourcentage du nombre de sages-femmes en exercice portent sur la catégorie des infirmières de santé maternelle et infantile (niveaux supérieur, moyen et de base).

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

MYANMAR

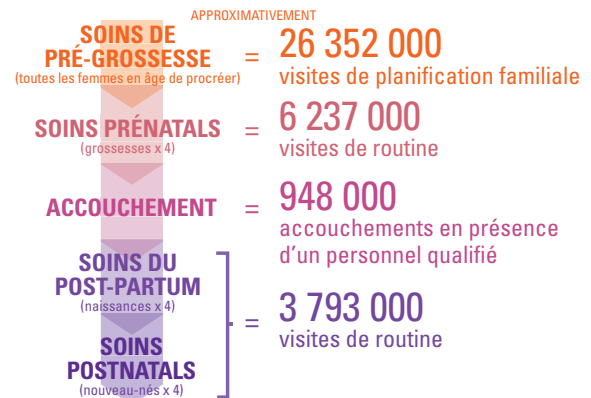
En 2012, sur une population estimée à 52,8 millions d'habitants, 39,7 millions (75 %) vivaient en milieu rural et 15,5 millions (29 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 11 % pour atteindre 58,7 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,3 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 109 millions de visites prénatales, 16,6 millions d'accouchements et 66,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 559 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

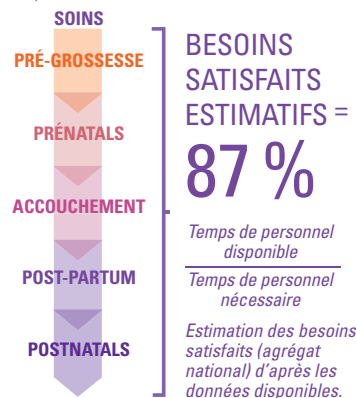


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	20 617 80
Sages-femmes auxiliaires	22 757 85
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	28 254 80
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	29 832 20
Obstétriciens et gynécologues	267 80



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	2
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	10
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	929/5
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	4
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Non/Non

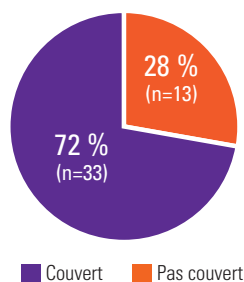
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1948
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; – = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

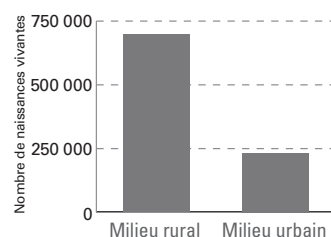
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

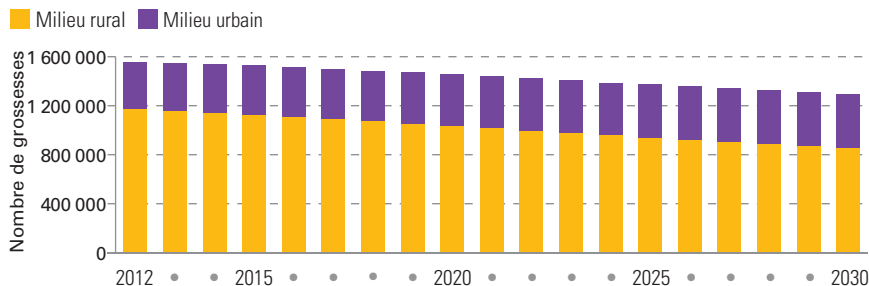
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

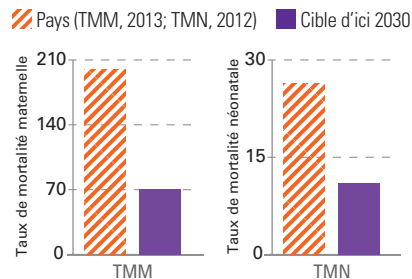


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

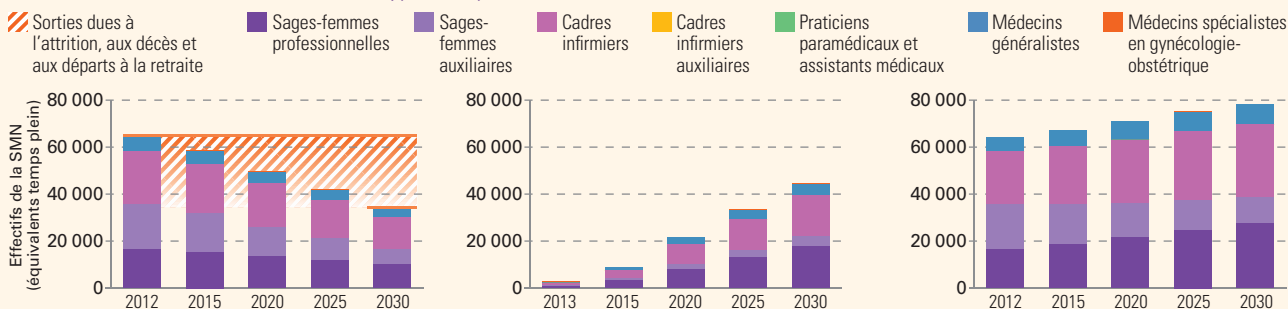
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,3 million → 1,0 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

88% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

88% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

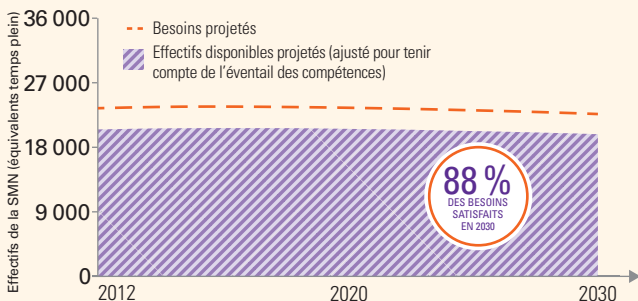
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

1% de perte → 0,5% de perte

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

88% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes auxiliaires (bénévoles), les visiteuses de santé féminine; infirmières : comprend les nurses; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynécologues-obstétriciens.
2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

NÉPAL

En 2012, sur une population estimée à 27,5 millions d'habitants, 23 millions (84 %) vivaient en milieu rural et 7,4 millions (27 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,3. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 20 % pour atteindre 32,9 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,9 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 85 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 70,2 millions de visites prénatales, 10,9 millions d'accouchements et 43,7 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

974 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

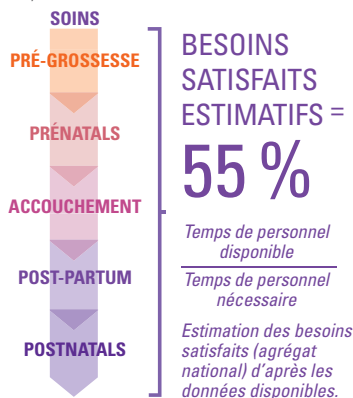


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)	
	S.O.	S.O.
Sages-femmes	S.O.	S.O.
Sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O.	S.O.
Personnel infirmier	4 029	60
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	3 711	100
Cliniciens et assistants médicaux	S.O.	S.O.
Médecins généralistes	5 384	30
Obstétriciens et gynécologues	2 500	100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Non, S.O.
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	S.O.
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	1 300/32
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	40 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	0
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

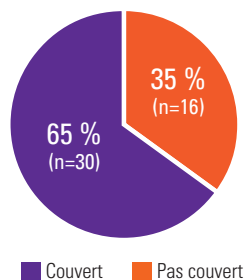
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1962, 2010
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

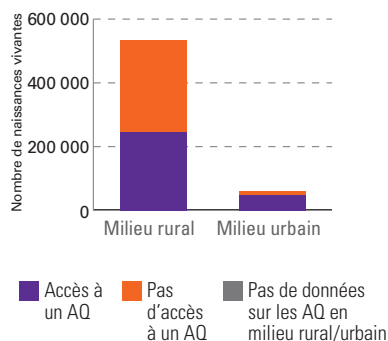
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

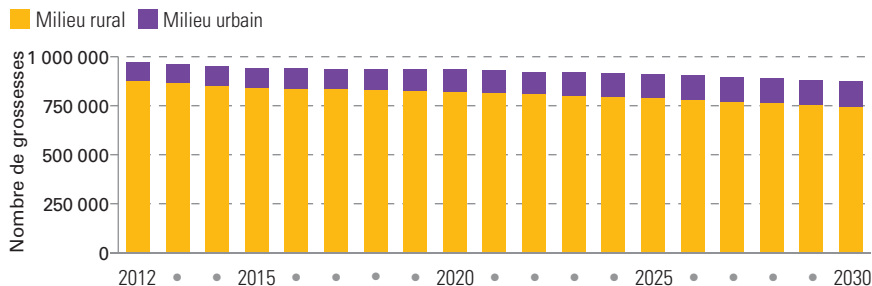


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

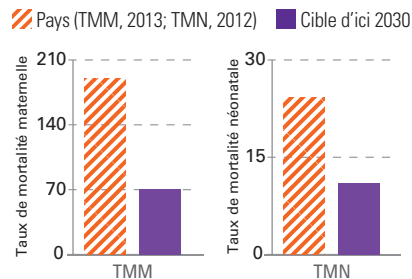
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

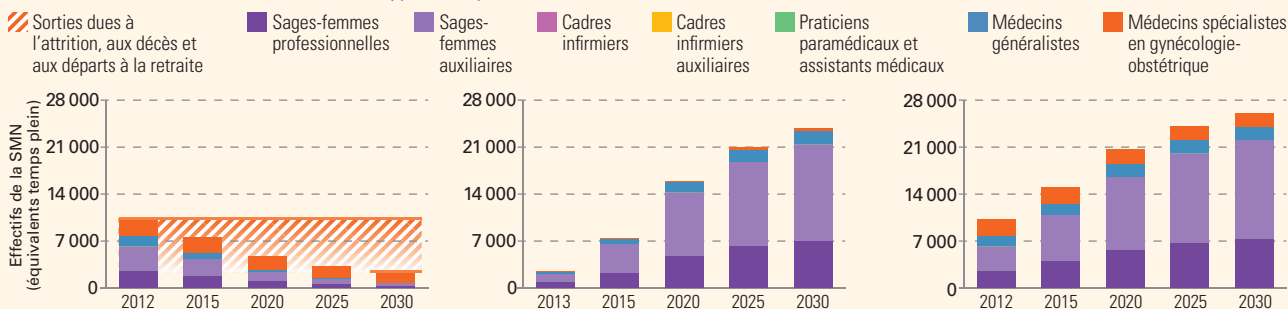
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

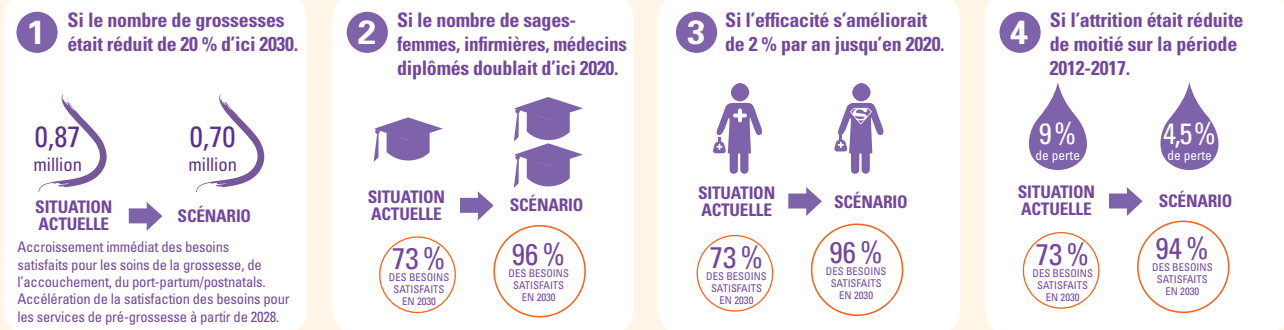
ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

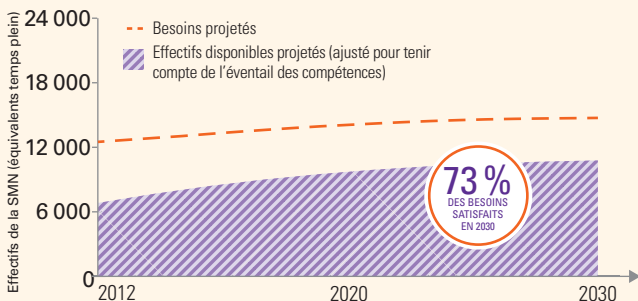
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



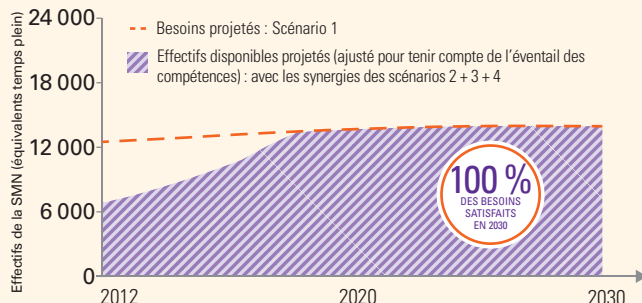
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Infirmières : comprend les infirmières; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières sages-femmes auxiliaires; médecins généralistes : comprend les médecins; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières.
4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

NIGER

En 2012, sur une population estimée à 17,2 millions d'habitants, 13,8 millions (80 %) vivaient en milieu rural et 3,6 millions (21 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 7,6. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 101 % pour atteindre 34,5 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 2 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 75 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 116,5 millions de visites prénatales, 23 millions d'accouchements et 92 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 109 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

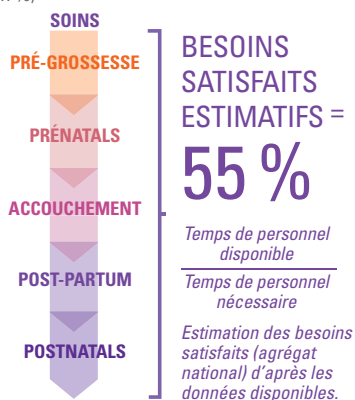


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	1 090 100
Sages-femmes auxiliaires	32 100
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	3 782 -
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	3 554 -
Cliniciens et assistants médicaux	145 -
Médecins généralistes	958 -
Obstétriciens et gynécologues	49 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2008
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	70
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	78/7
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

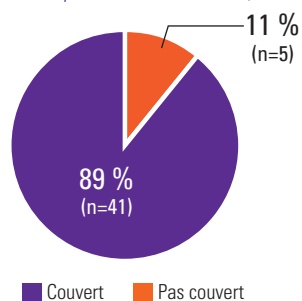
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles 1954, 1975, 1988	Rôles joués par les associations professionnelles :
	Perfectionnement professionnel continu
	Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle
	Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN
	Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN
	Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire

S.O. = sans objet; - = absence de données

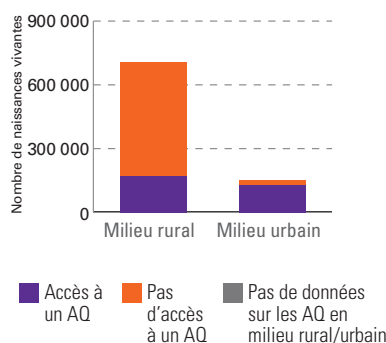
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

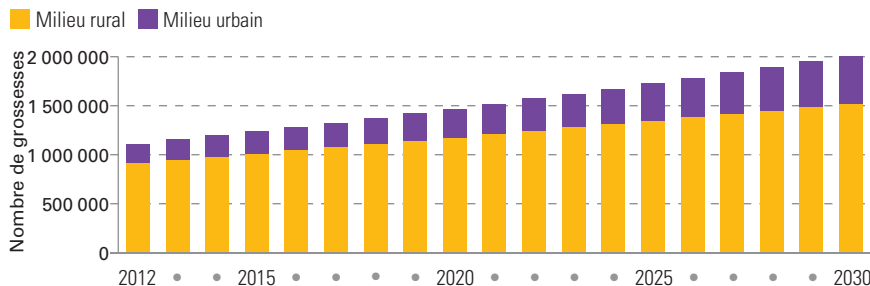


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

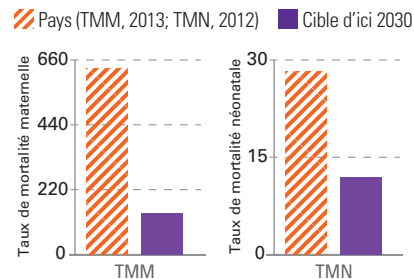
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

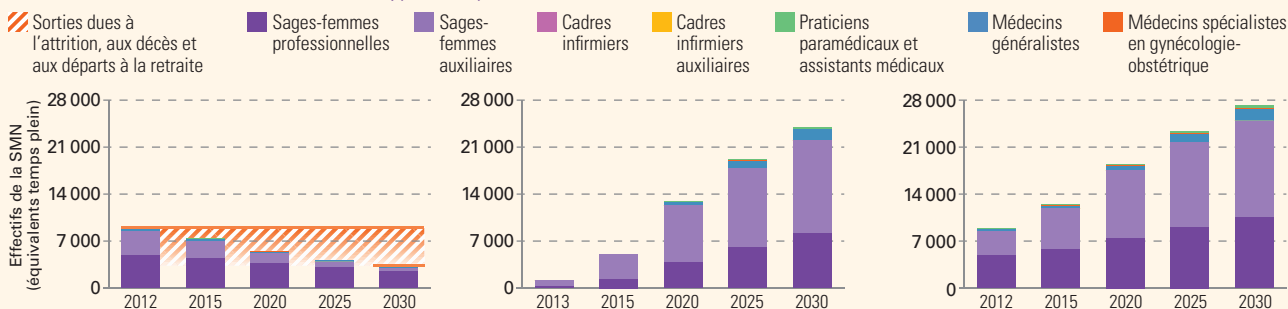
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

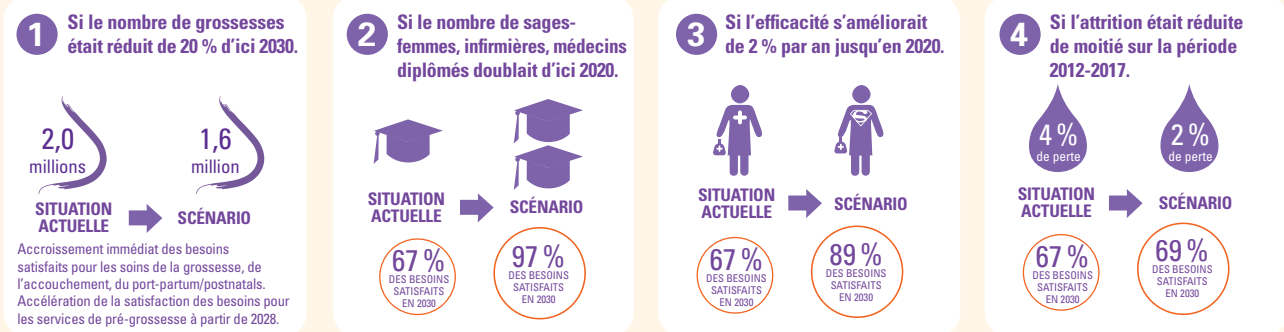
ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

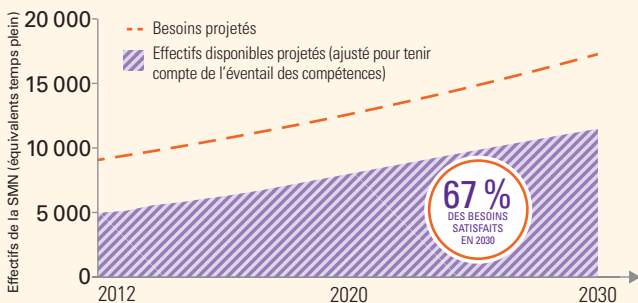
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



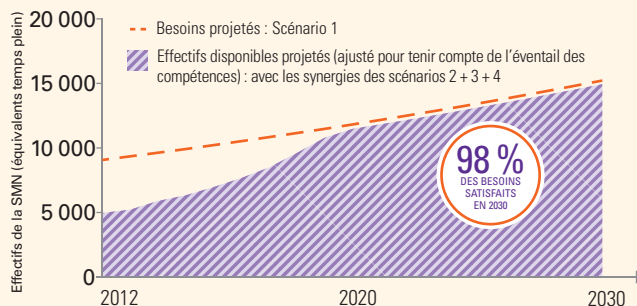
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



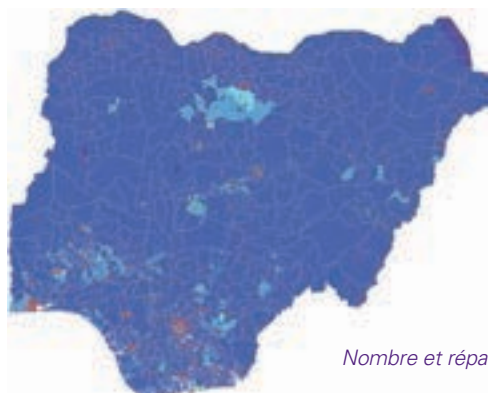
1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les assistantes sages-femmes; infirmières : comprend les infirmières diplômées d'État; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les agents de santé de base (ASB); médecins généralistes : comprend les médecins généralistes, capacitaires en chirurgie de district (CCD); obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins spécialistes (gynéco-obstétriciens); cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les aides-anesthésistes, aides-chirurgiens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

NIGÉRIA

En 2012, sur une population estimée à 168,8 millions d'habitants, 109,5 millions (65 %) vivaient en milieu rural et 38,2 millions (23 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 6. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 62 % pour atteindre 273,1 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 12,8 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 59 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 837,4 millions de visites prénatales, 163,8 millions d'accouchements et 655,4 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

9 366 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

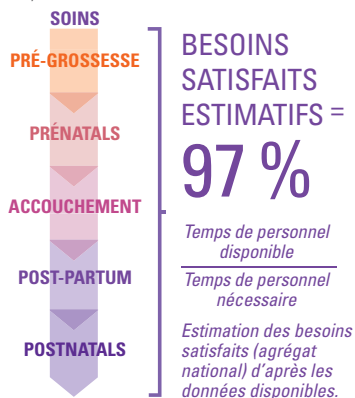


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	101 286 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	77 382 22
Médecins généralistes	20 284 30
Obstétriciens et gynécologues	968 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2006
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	130
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	7 173/7
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

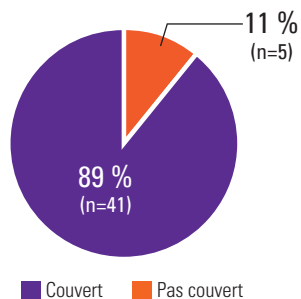
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1977
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

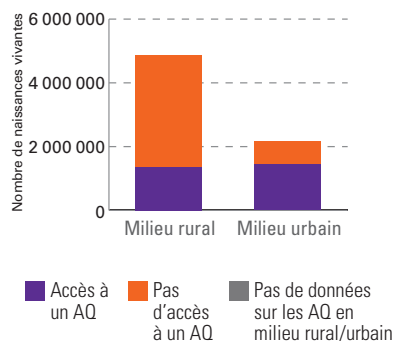
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

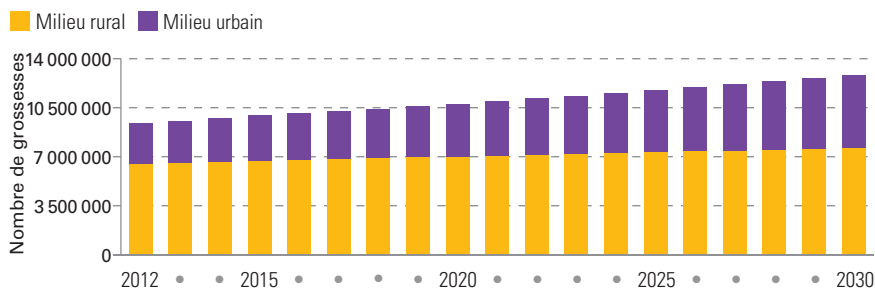


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

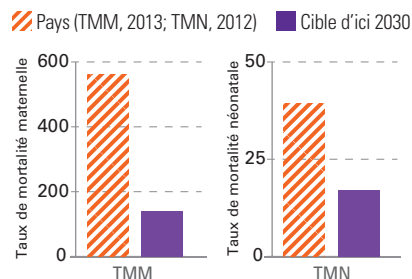
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

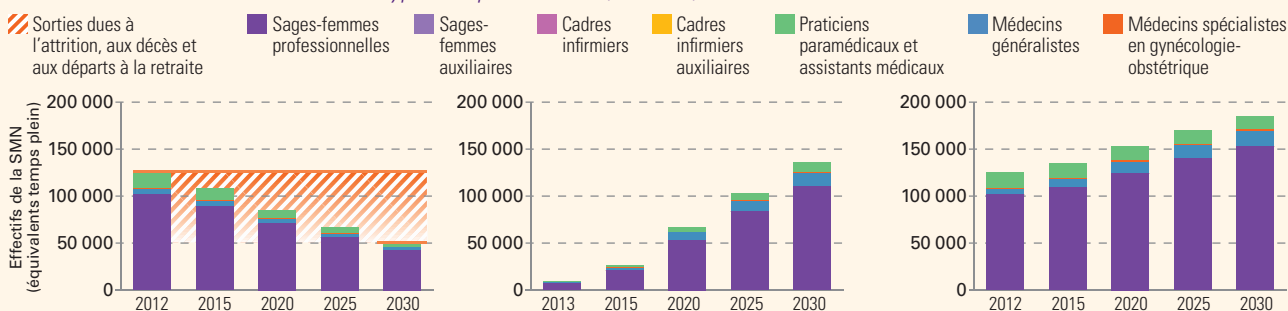
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

12,8 millions → 10,3 millions

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 98% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

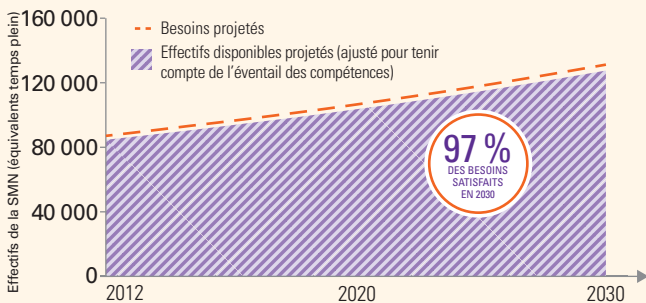
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

2% de perte → 1% de perte

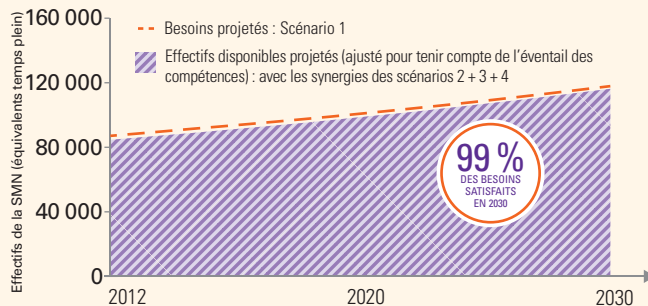
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes, les sages-femmes communautaires, les infirmières sages-femmes, médecins généralistes : comprend les médecins, obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins (obst./gyn.), cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les agents de vulgarisation sanitaire auxiliaires, les officiers de santé communautaires, les agents de vulgarisation de santé communautaire. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes. Les informations sur le nombre de diplômées 2012 en pourcentage du nombre de sages-femmes en exercice portent sur la catégorie des sages-femmes (sages-femmes, sages-femmes communautaires, infirmières sages-femmes).

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

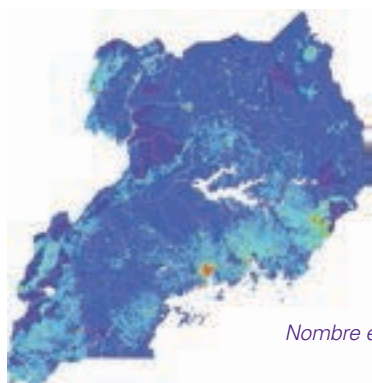
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

UGANDA

En 2012, sur une population estimée à 36,3 millions d'habitants, 31,5 millions (87 %) vivaient en milieu rural et 8 millions (22 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5,9. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 74 % pour atteindre 63,4 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 3,4 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 82 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 221,9 millions de visites prénatales, 37,2 millions d'accouchements et 148,8 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

2 435 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

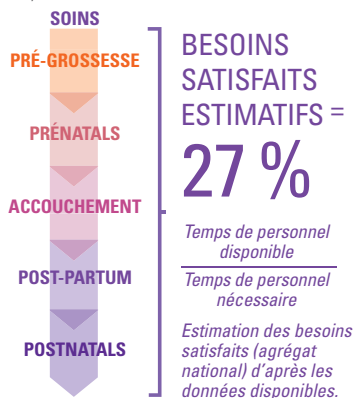


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	7 000 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	277 50
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	1 707 30
Médecins généralistes	495 50
Obstétriciens et gynécologues	32 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 1997
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	70
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	1 099/16
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

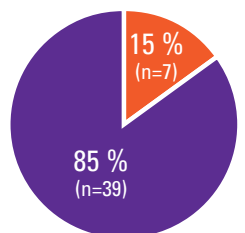
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1948, 2003
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

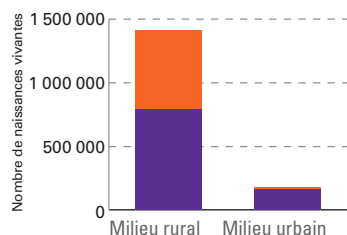
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

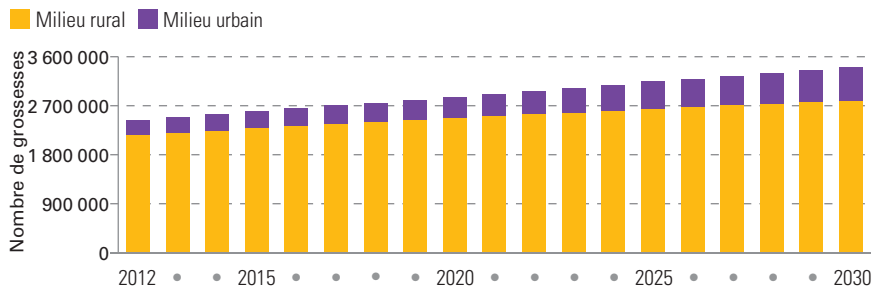
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

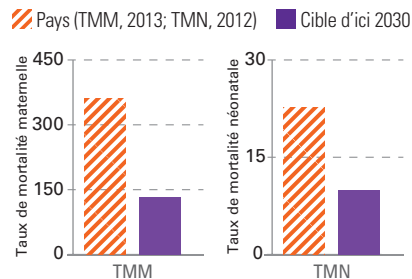


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

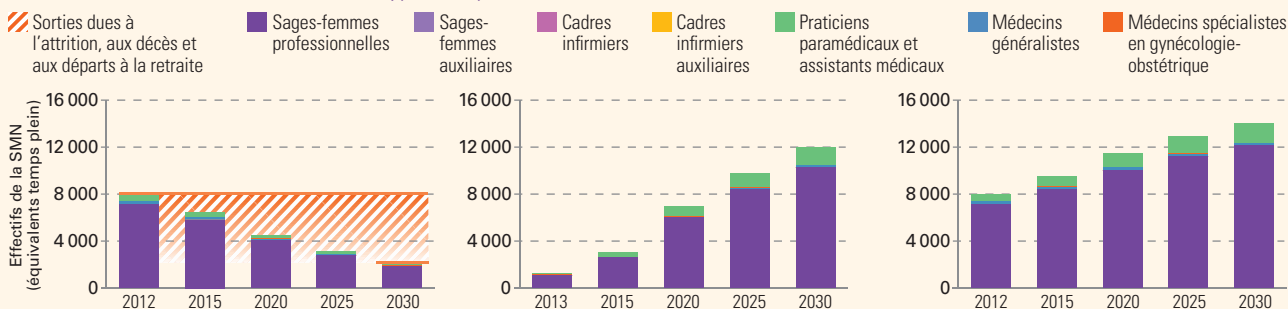
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

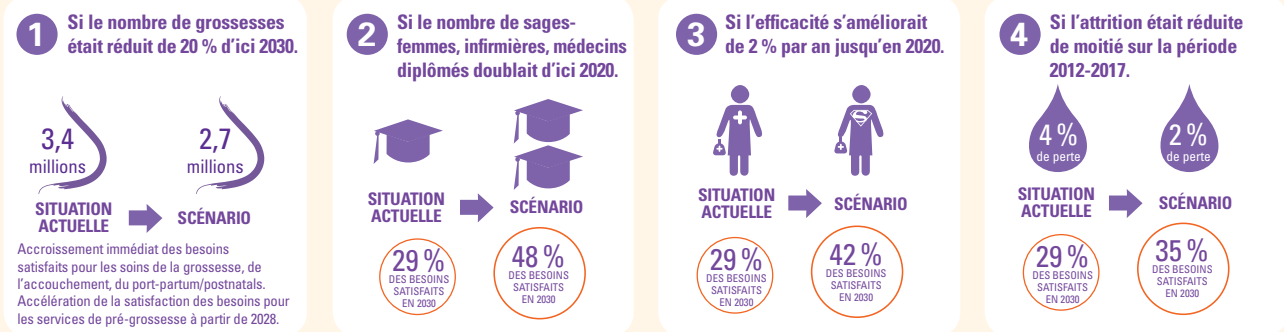
ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

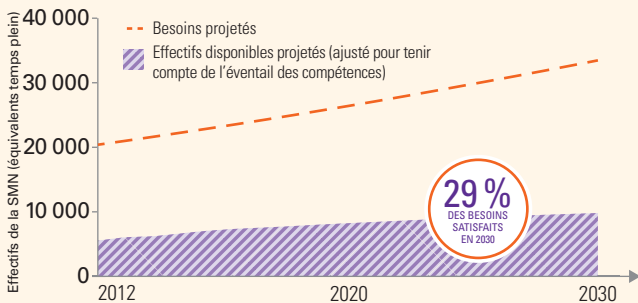
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



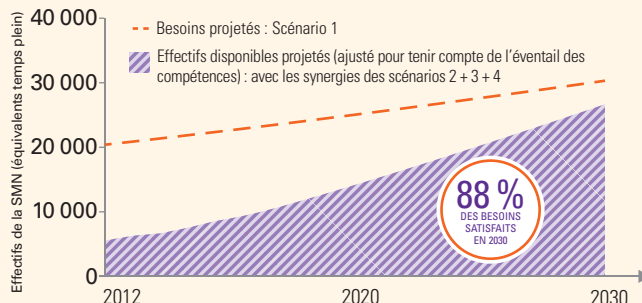
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes enregistrées (diplômées), les sages-femmes inscrites (certifiées); infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes à double formation; médecins généralistes : comprend les officiers médicaux; obstétriciens et gynécologues : comprend les officiers médicaux spécialisés; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les cliniciens médicaux.
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

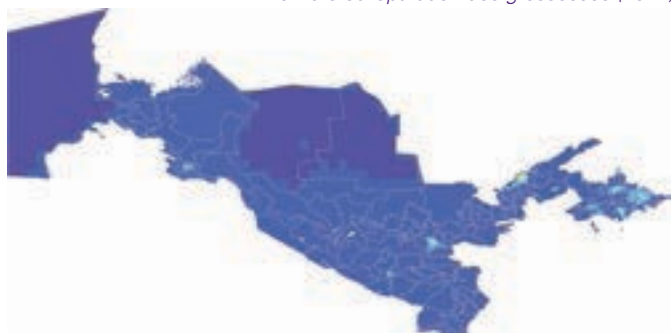
OUZBÉKISTAN

En 2012, sur une population estimée à 28,5 millions d'habitants, 14,4 millions (50 %) vivaient en milieu rural et 8 millions (28 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,3. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 20 % pour atteindre 34,1 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,6 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 53 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 54,9 millions de visites prénatales, 11,1 millions d'accouchements et 44,4 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

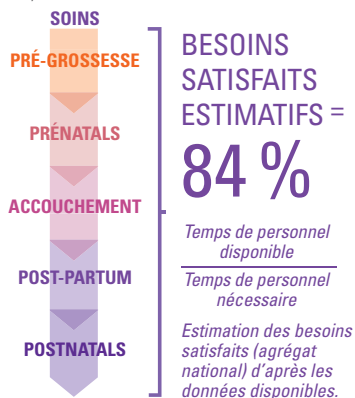
784 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	7 000 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	4 000 50
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	12 000 30
Obstétriciens et gynécologues	5 000 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2009
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	5
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	2 500/36
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	60 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	2
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

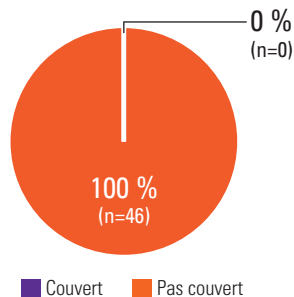
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2000
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; – = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

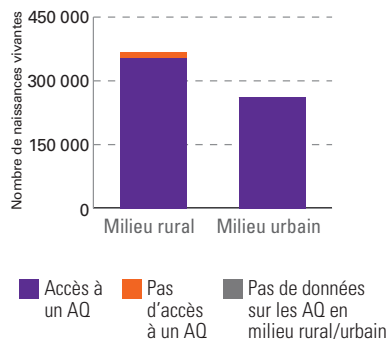
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

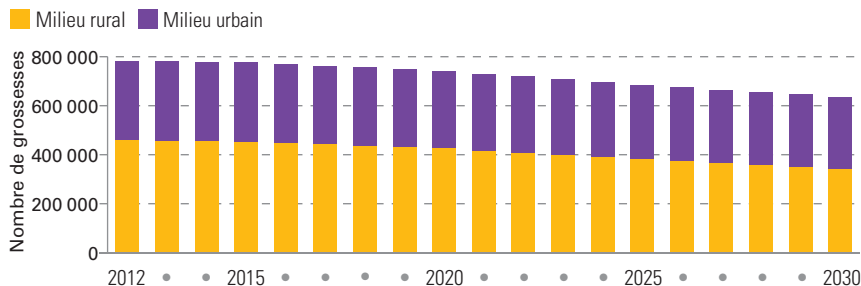
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

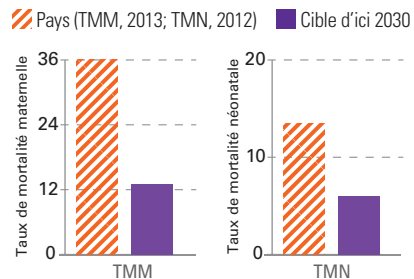


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

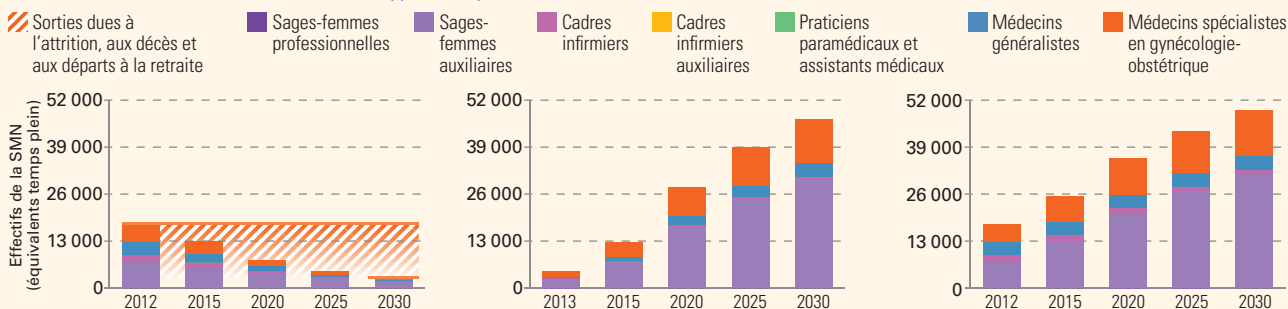
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,64 million → 0,51 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

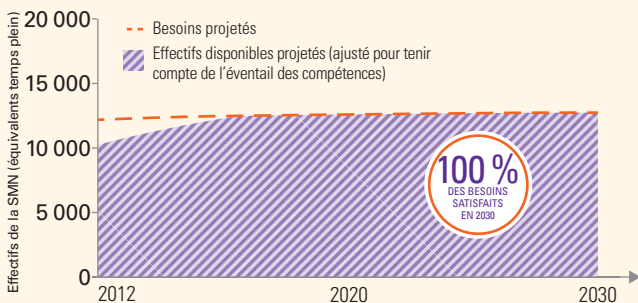
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

8% de perte → 4% de perte

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



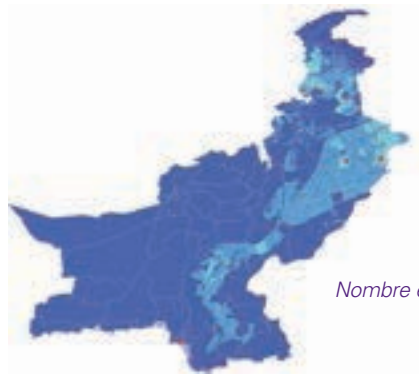
1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes; médecins généralistes : comprend les omnipraticiens; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMI 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

PAKISTAN

En 2012, sur une population estimée à 179,2 millions d'habitants, 111,9 millions (62 %) vivaient en milieu rural et 46,2 millions (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,2. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 29 % pour atteindre 231,7 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 6,8 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 56 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 536,2 millions de visites prénatales, 90,3 millions d'accouchements et 361,1 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

7 175 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

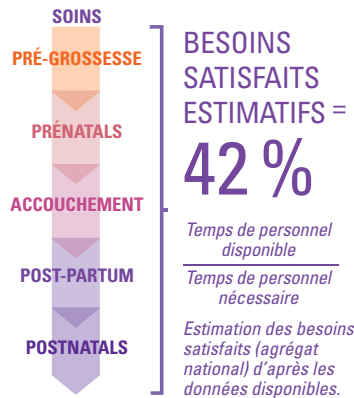


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	14 790 85
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	41 016 17
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	160 000 34
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	138 421 15
Obstétriciens et gynécologues	1 795 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	1
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	25
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	6 306/43
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	55 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	1
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

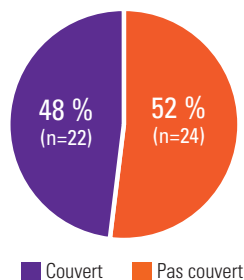
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2005
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Non
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; – = absence de données

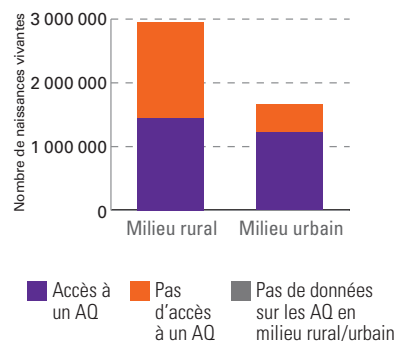
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

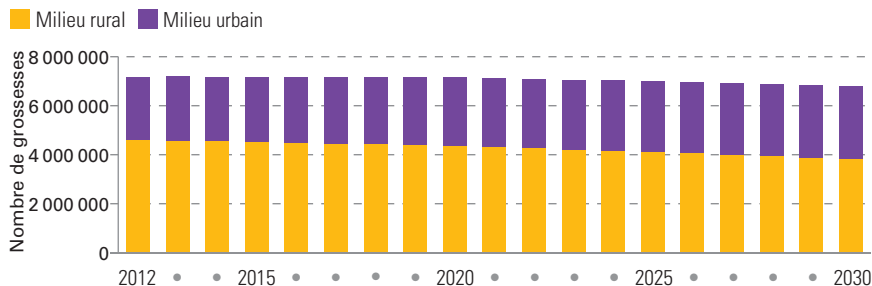


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

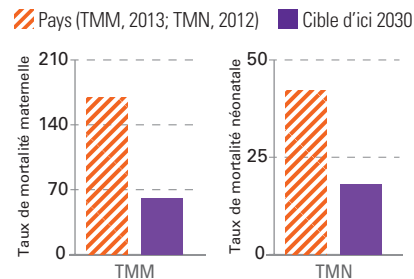
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

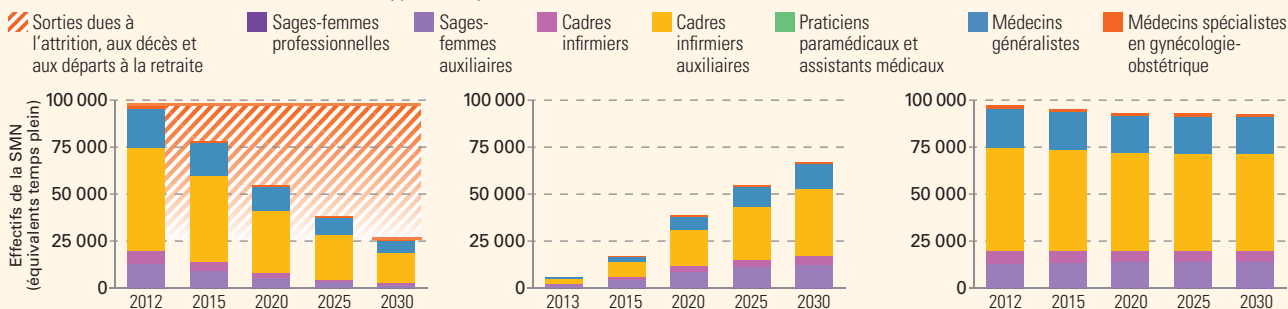
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

6,8 millions → 5,4 millions

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

37% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 50% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

37% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 46% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

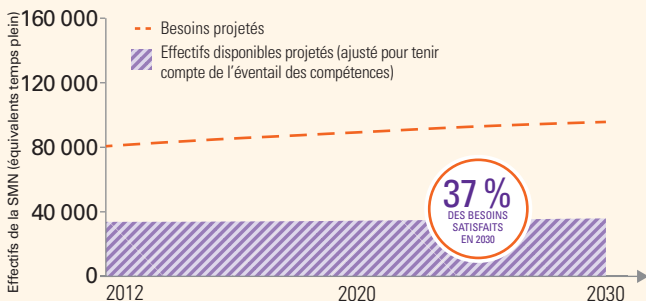
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

5% de perte → 2,5% de perte

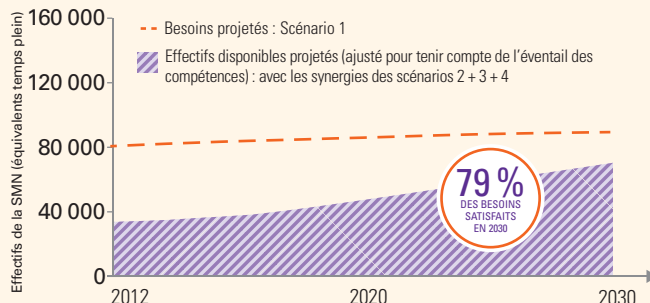
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

37% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 43% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



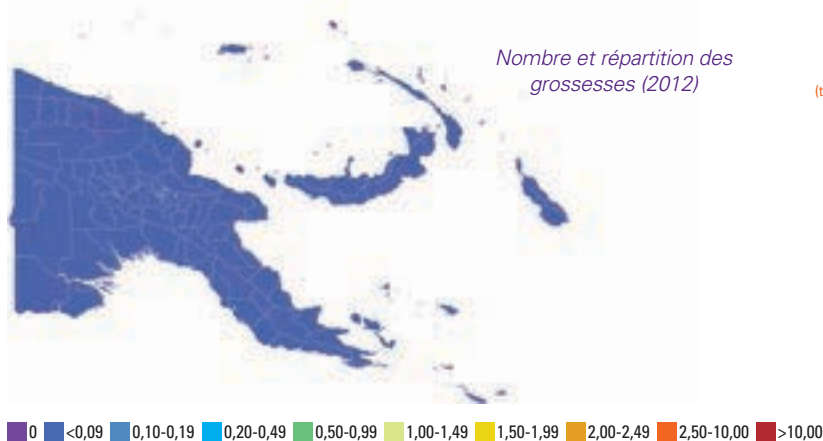
- Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes communautaires (CMW), les visiteuses de santé (LHV) sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les visiteuses de santé féminine, les agents du bien-être familial; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
- Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
- Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes communautaires. Les informations sur le nombre de diplômées 2012 en pourcentage du nombre de sages-femmes en exercice portent sur la catégorie des sages-femmes (sages-femmes communautaires et visiteuses de santé sages-femmes).
- Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
- Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE

En 2012, sur une population estimée à 7,2 millions d'habitants, 6,5 millions (90 %) vivaient en milieu rural et 1,8 million (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,8. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 40 % pour atteindre 10 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,3 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 21,9 millions de visites prénatales, 4,3 millions d'accouchements et 17,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

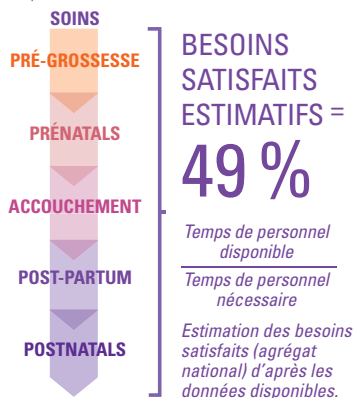
BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

268 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	293 / 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. / S.O.
Personnel infirmier	1 800 / 100
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	- / -
Médecins généralistes	175 / 30
Obstétriciens et gynécologues	28 / 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	1
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	100
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	79/27
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	95 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

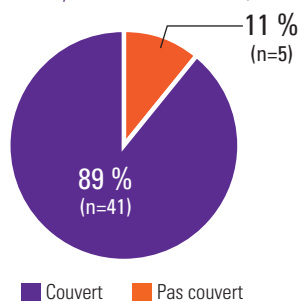
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1950, 2009, 2012
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

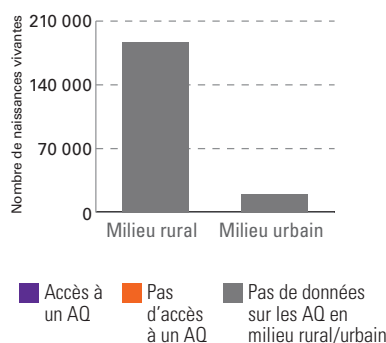
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

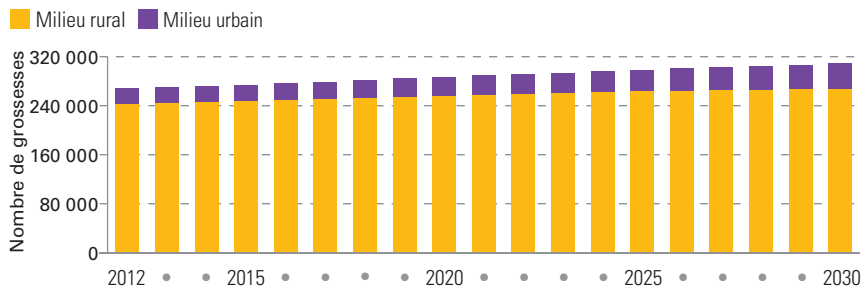


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

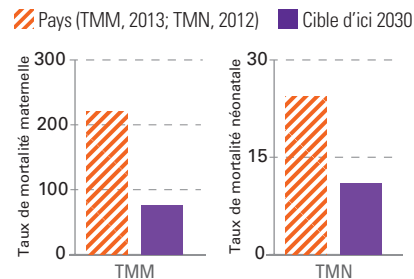
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

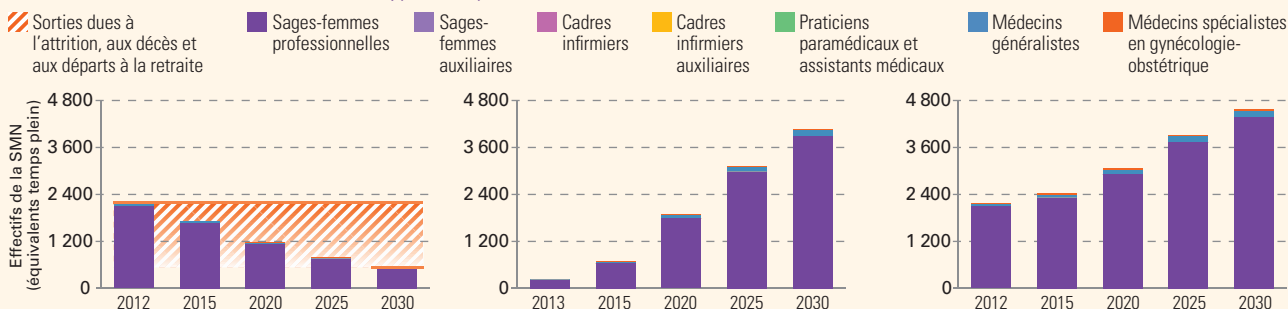
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,31 million → 0,25 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

78% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

78% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

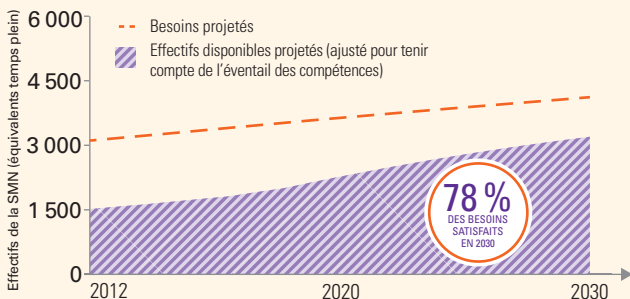
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

5% de perte → 2,5% de perte

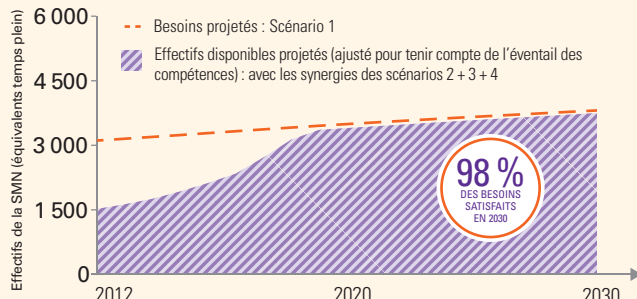
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

78% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 94% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières : comprend les infirmières autorisées; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

PÉROU

En 2012, sur une population estimée à 30 millions d'habitants, 12,9 millions (43 %) vivaient en milieu rural et 8 millions (27 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,4. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 22 % pour atteindre 36,5 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 47 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 79,4 millions de visites prénatales, 11,4 millions d'accouchements et 45,7 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 078 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

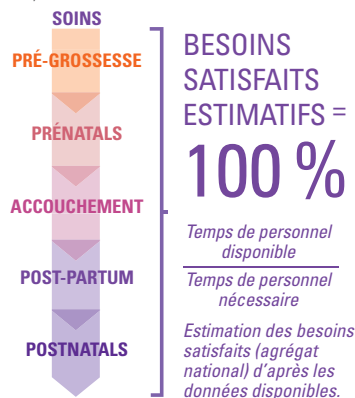


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	11 533 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	33 491 -
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	13 347 50
Cliniciens et assistants médicaux	50 722 50
Médecins généralistes	33 669 20
Obstétriciens et gynécologues	2 197 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	5
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Non, S.O.
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	S.O.
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	1 000/9
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	4
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

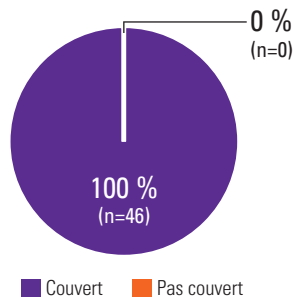
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1975
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

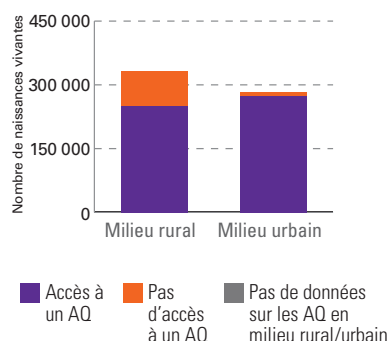
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

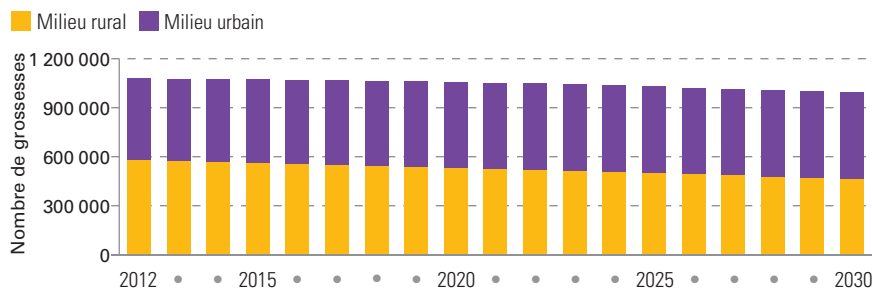


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

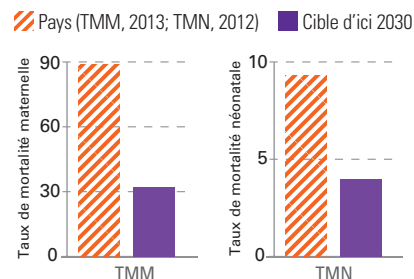
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

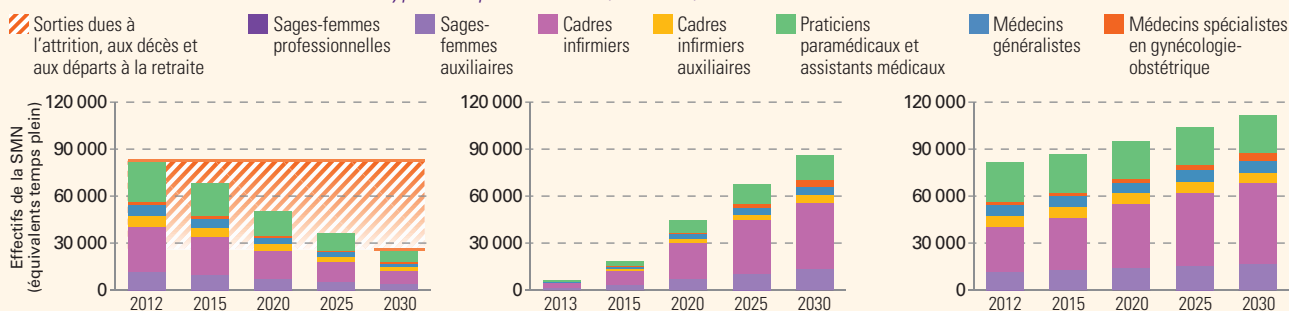
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



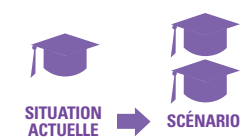
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.



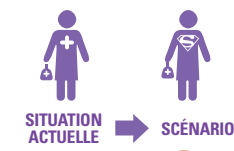
Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



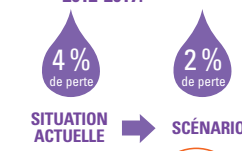
100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les *profesionales de obstetricia*; infirmières : comprend les *enfermeras*; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les *auxiliares sanitarios*; médecins généralistes : comprend les *médicos (general)*; obstétriciens et gynécologues : comprend les *médicos obstetras y ginecólogos*; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les *técnicos sanitarios*. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPIER.
3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

En 2012, sur une population estimée à 4,5 millions d'habitants, 3,3 millions (72 %) vivaient en milieu rural et 1,1 million (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,4. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 40 % pour atteindre 6,3 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,2 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 17,7 millions de visites prénatales, 3,2 millions d'accouchements et 12,8 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

221 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

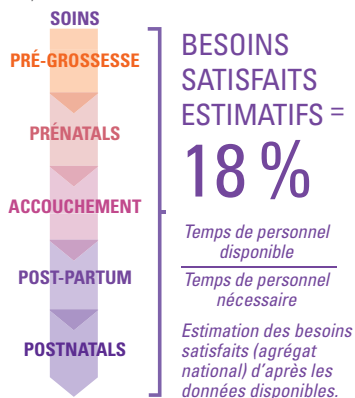


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	241 100
Sages-femmes auxiliaires	273 100
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	270 5
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	342 10
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	72 5
Obstétriciens et gynécologues	8 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2009
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	21/9
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

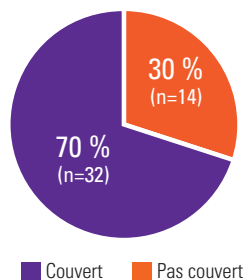
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1983
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

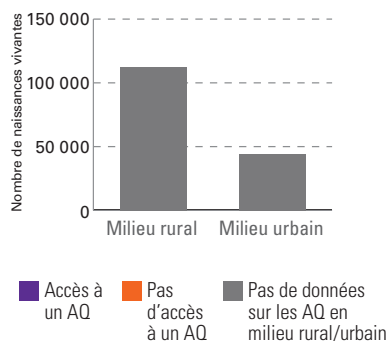
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

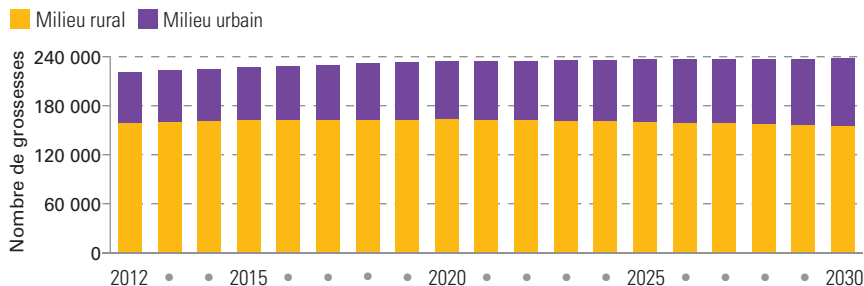


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

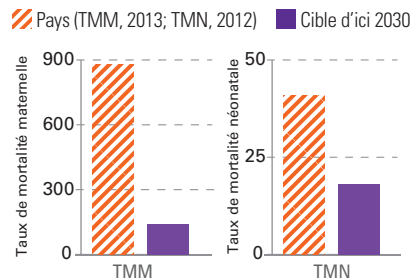
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

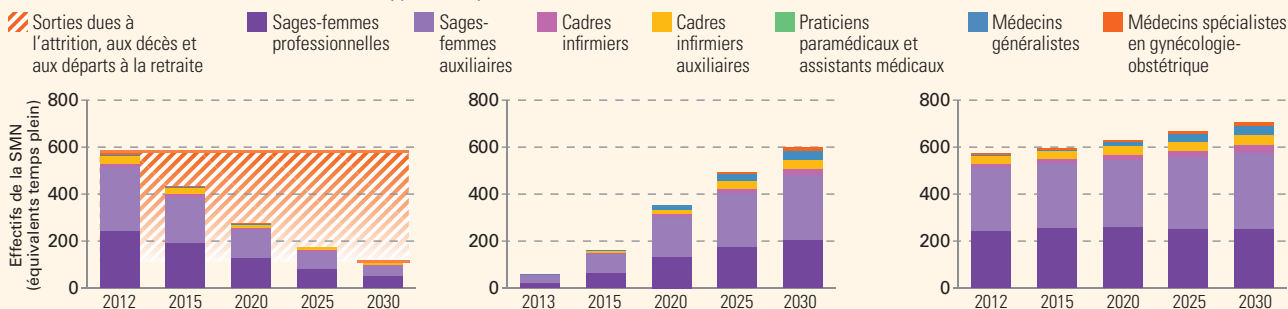
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,24 million → 0,19 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

17% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 22% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

17% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 24% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

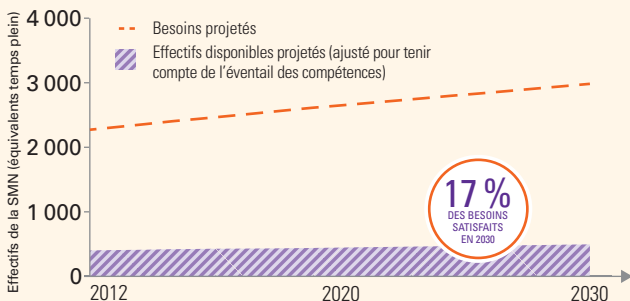
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

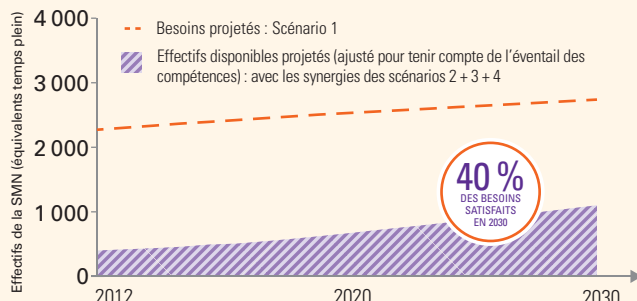
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

17% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 20% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les assistantes accoucheuses; infirmières : comprend les infirmières; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les assistants de santé; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les médecins obs.gyn. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-DMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

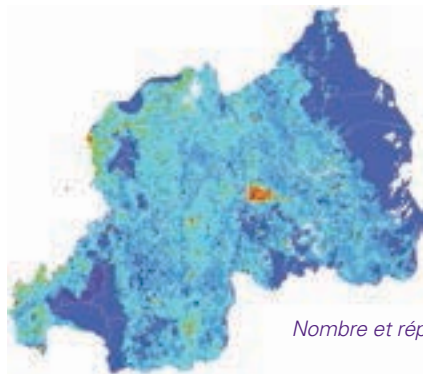
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

RWANDA

En 2012, sur une population estimée à 11,5 millions d'habitants, 10 millions (88 %) vivaient en milieu rural et 2,8 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,6. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 55 % pour atteindre 17,8 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,7 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 83 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 50,3 millions de visites prénatales, 8,7 millions d'accouchements et 34,7 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

610 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

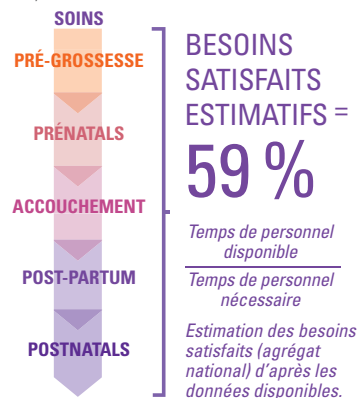


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	622 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	5 75
Personnel infirmier	8 273 50
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	625 60
Obstétriciens et gynécologues	35 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	100
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	170/27
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

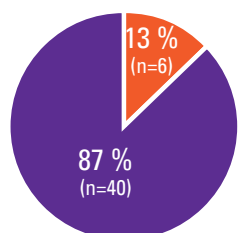
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2011, 2011
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; – = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

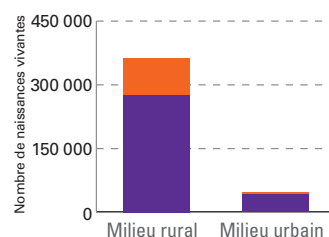
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

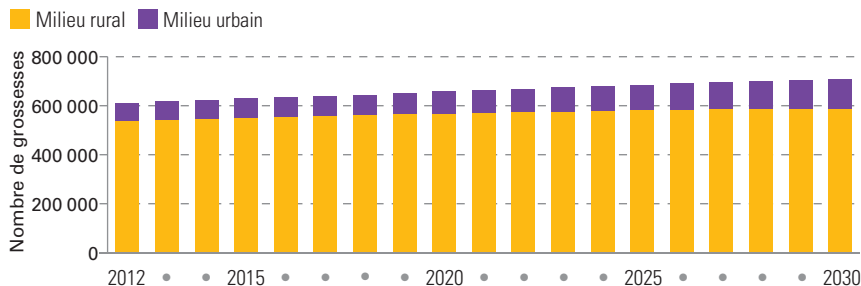
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

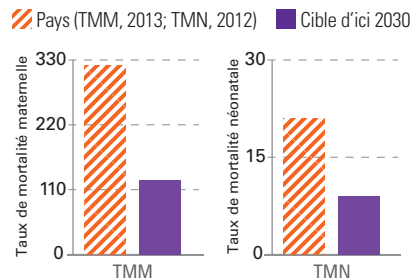


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJÉTÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

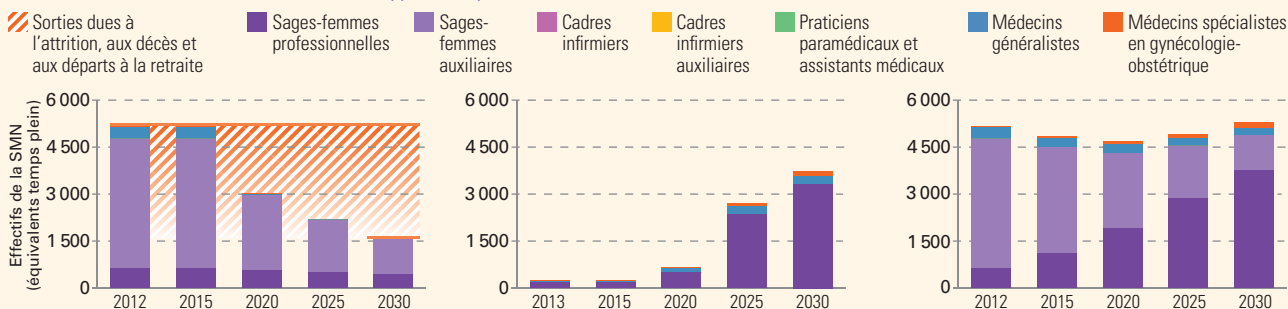
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,71 million → 0,57 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

42% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 67% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

42% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 60% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

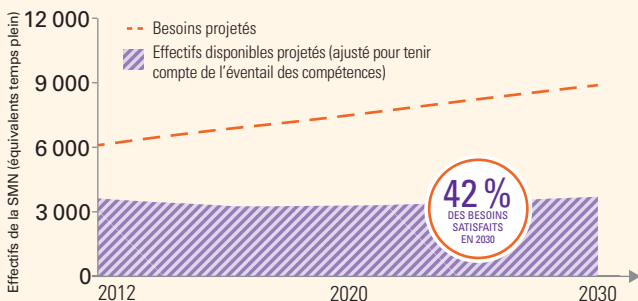
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

5% de perte → 2,5% de perte

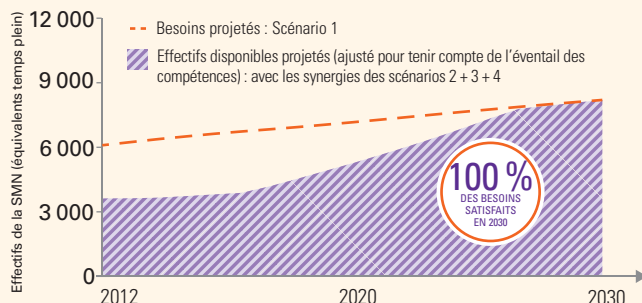
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

42% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 46% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes; infirmières : comprend les infirmières inscrites A2; médecins généralistes : comprend les omnipraticiens; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues.
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER. Source : SoWMY 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE

En 2012, sur une population estimée à 0,19 million d'habitants, 0,12 million (63 %) vivaient en milieu rural et 0,05 million (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,1. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 48 % pour atteindre 0,3 million d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,01 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 60 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 0,9 million de visites prénatales, 0,1 million d'accouchements et 0,6 million de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

11 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

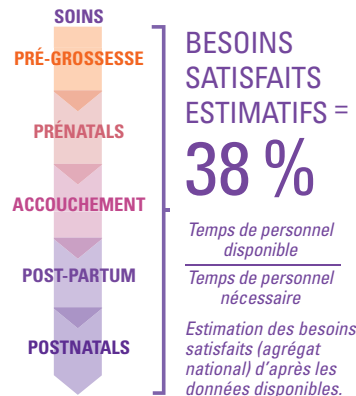


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	31 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	20 100
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	2 100
Médecins généralistes	S.O. S.O.
Obstétriciens et gynécologues	2 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Non, S.O.
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	S.O.
Nombre de diplômées 2012 /en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	4
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

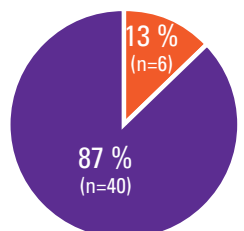
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2013, -, -
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

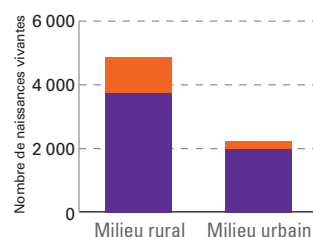
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

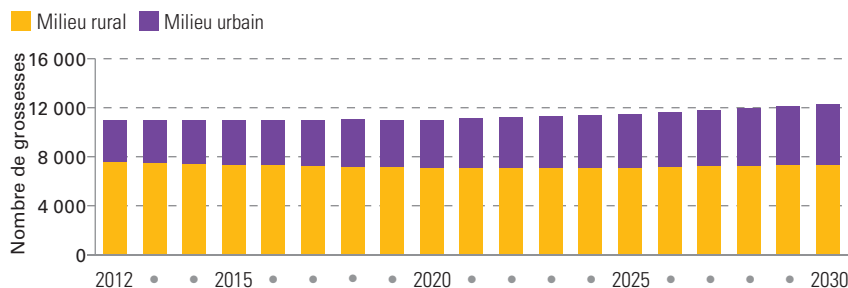
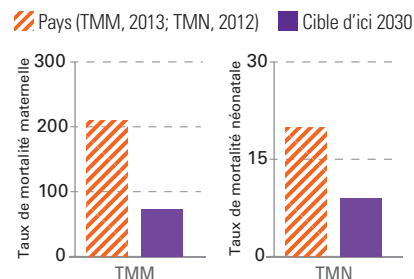
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL

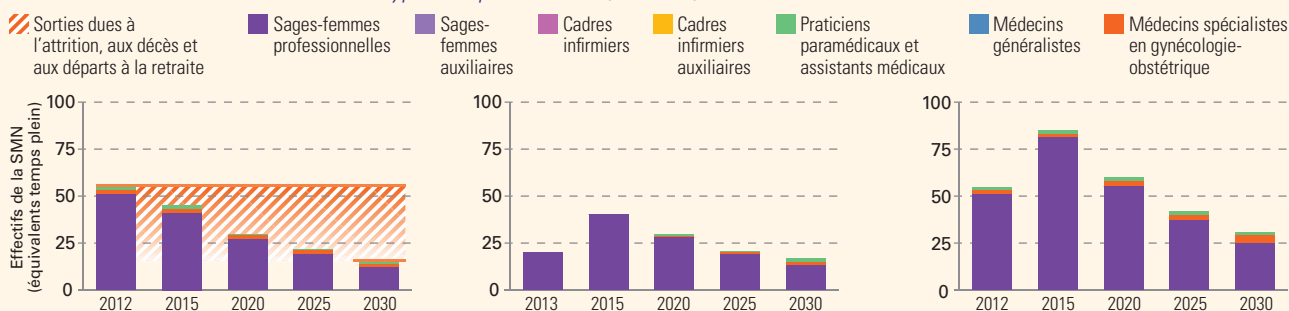
RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

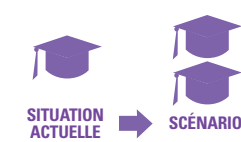
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.



Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

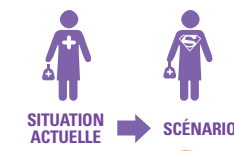
2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



15% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020

17% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

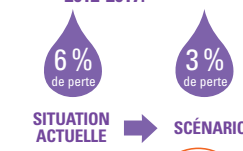
3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



15% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020

22% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

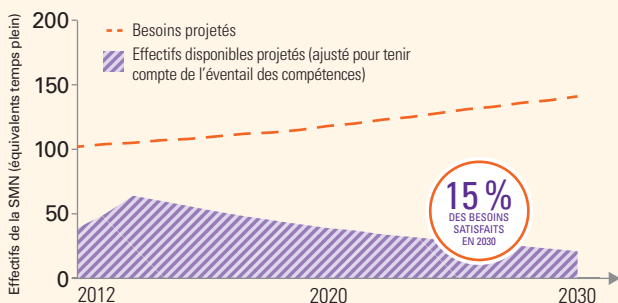
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



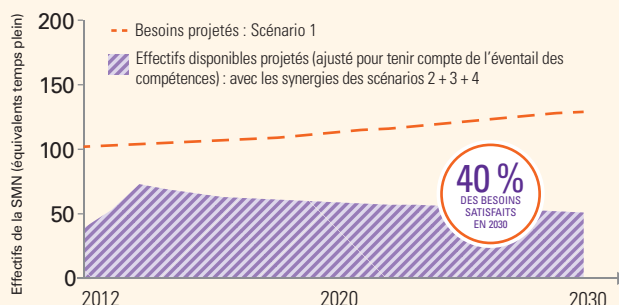
15% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

23% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



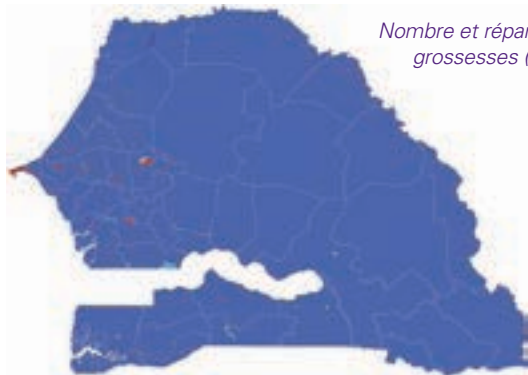
- Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les *paramédicos em obstetricia*. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
- Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
- Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
- Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
- Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

SÉNÉGAL

En 2012, sur une population estimée à 13,7 millions d'habitants, 7,4 millions (54 %) vivaient en milieu rural et 3,3 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 59 % pour atteindre 21,9 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 53 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 66 millions de visites prénatales, 11,7 millions d'accouchements et 46,7 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

769 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

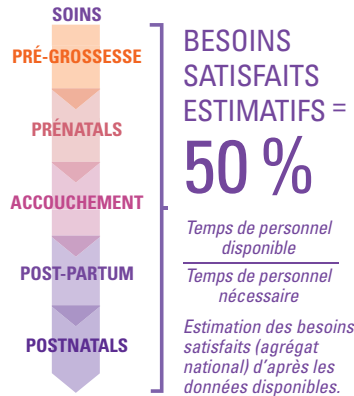


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	3 946 100
Sages-femmes auxiliaires	1 751 100
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	1 295 50
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	1 011 25
Obstétriciens et gynécologues	160 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	10
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	393/10
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

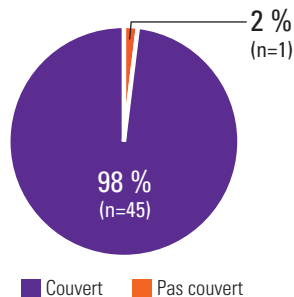
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1963
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

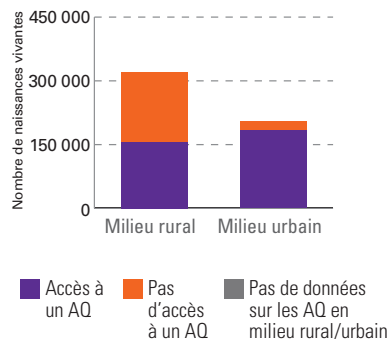
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

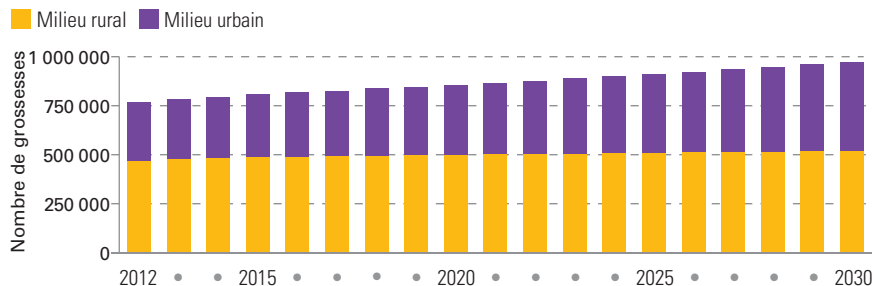


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

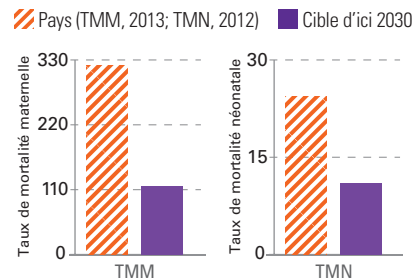
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

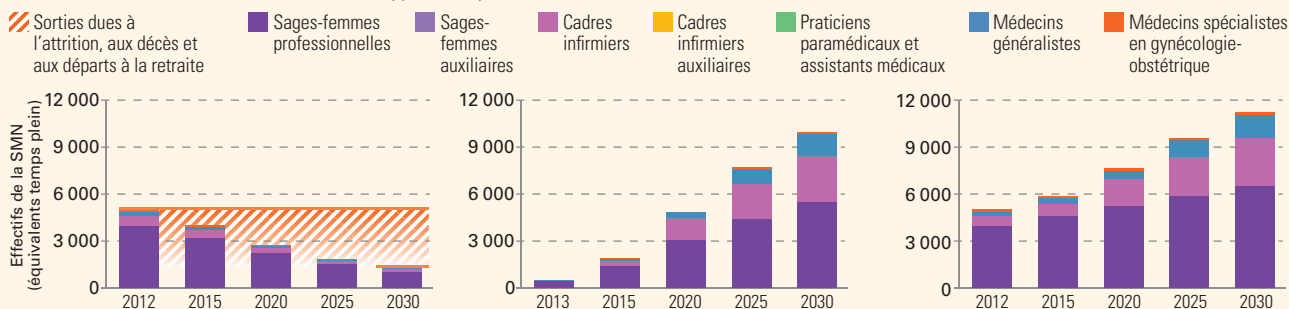
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,97 million → 0,78 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

76% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

76% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

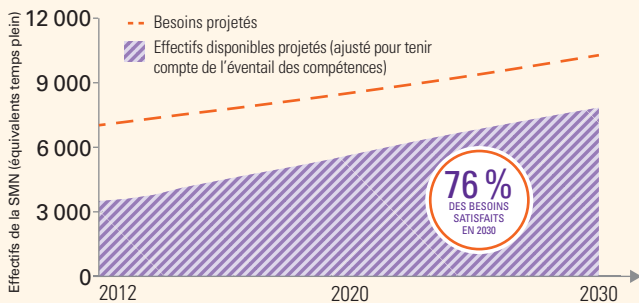
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

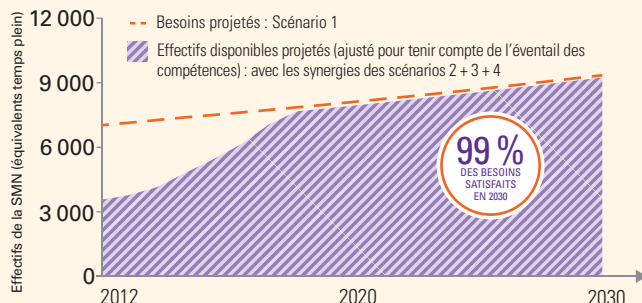
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

76% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 90% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les matrones; infirmières : comprend les infirmiers d'État; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynéco-obstétriciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

SIERRA LEONE

En 2012, sur une population estimée à 6 millions d'habitants, 4 millions (67 %) vivaient en milieu rural et 1,5 million (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,7. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 35 % pour atteindre 8,1 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,4 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 67 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 29,9 millions de visites prénatales, 4,5 millions d'accouchements et 18 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

382 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

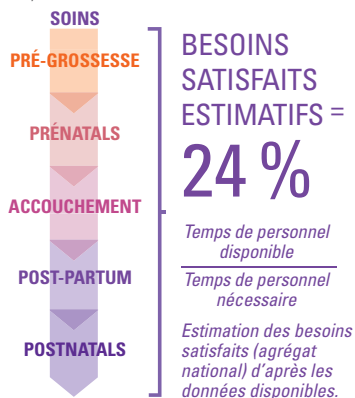


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	286 90
Sages-femmes auxiliaires	2 376 90
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	1 018 -
Cliniciens et assistants médicaux	65 50
Médecins généralistes	45 -
Obstétriciens et gynécologues	7 51



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	2
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	121/42
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	99 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

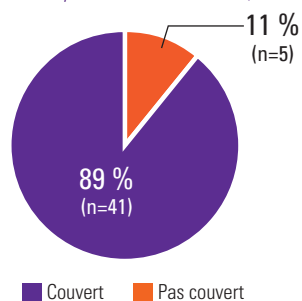
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1969
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

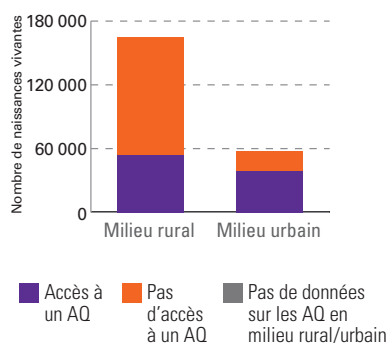
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

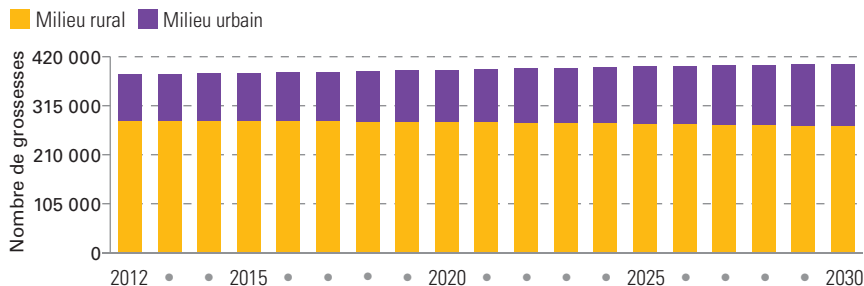


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

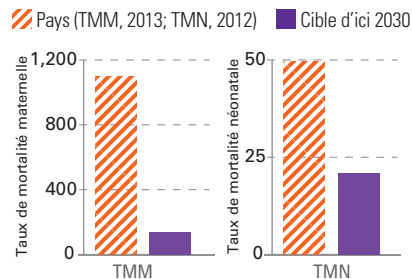
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

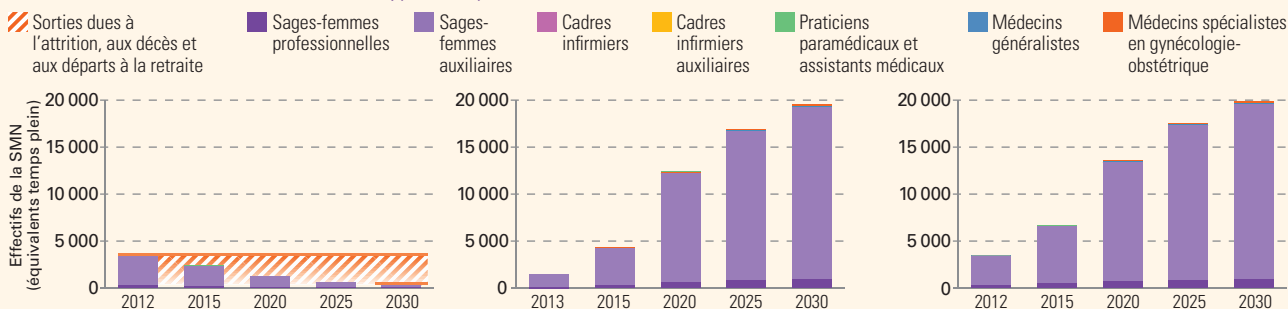
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

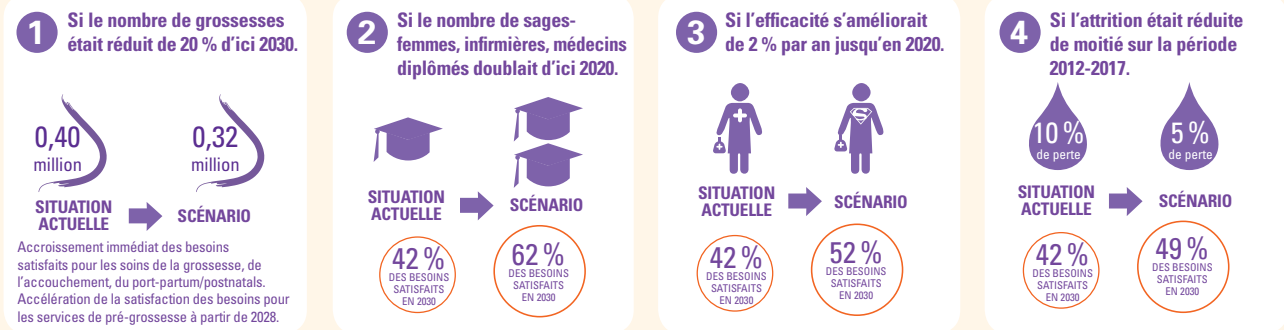
ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

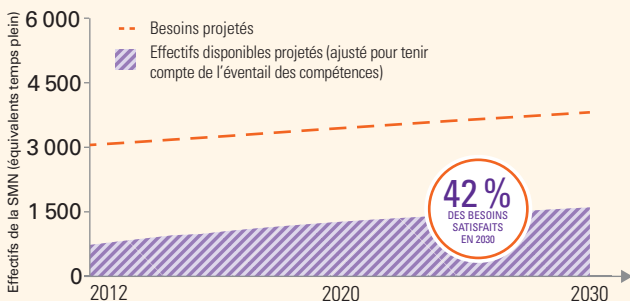
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



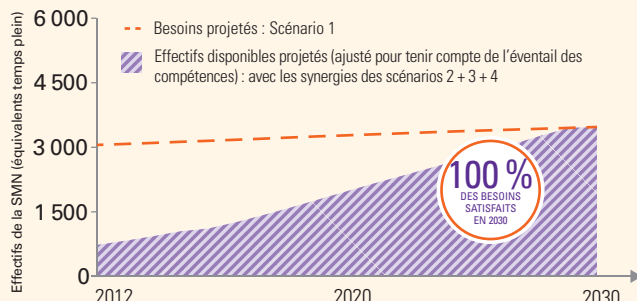
HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.



ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les aides de santé maternelle et infantile (MCHA), aides-soignantes; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières communautaires d'État inscrites (SECHN); médecins généralistes : comprend les officiers médicaux; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues; les médecins spécialistes; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les agents de santé communautaires (CHO). Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

SOMALIE

En 2012, sur une population estimée à 10,2 millions d'habitants, 7,7 millions (76 %) vivaient en milieu rural et 2,2 millions (22 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 6,6. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 66 % pour atteindre 16,9 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,9 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 57,8 millions de visites prénatales, 10,6 millions d'accouchements et 42,5 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

637 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

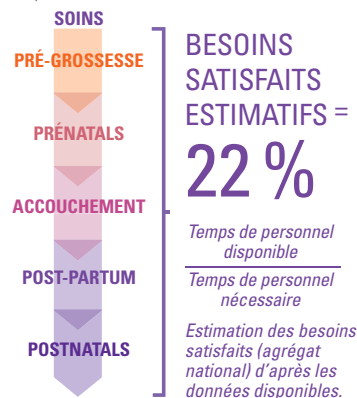


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	65 100
Sages-femmes auxiliaires	612 100
Infirmières-sages-femmes	218 70
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	1 838 50
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	339 27
Obstétriciens et gynécologues	21 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Non, S.O.
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	S.O.
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	S.O.

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Non

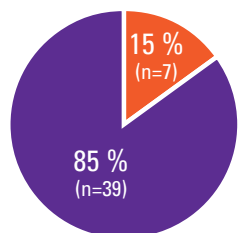
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2013
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

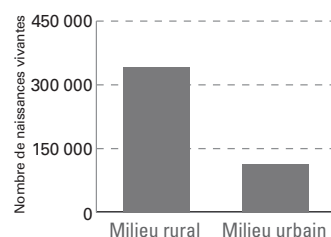
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

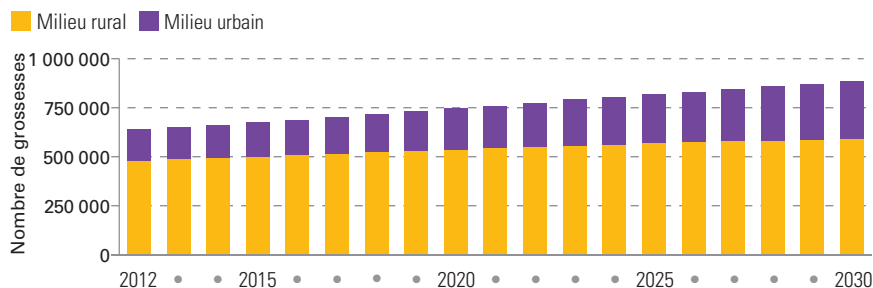
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

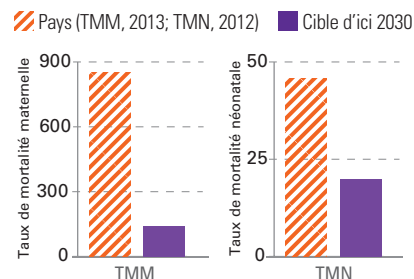


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

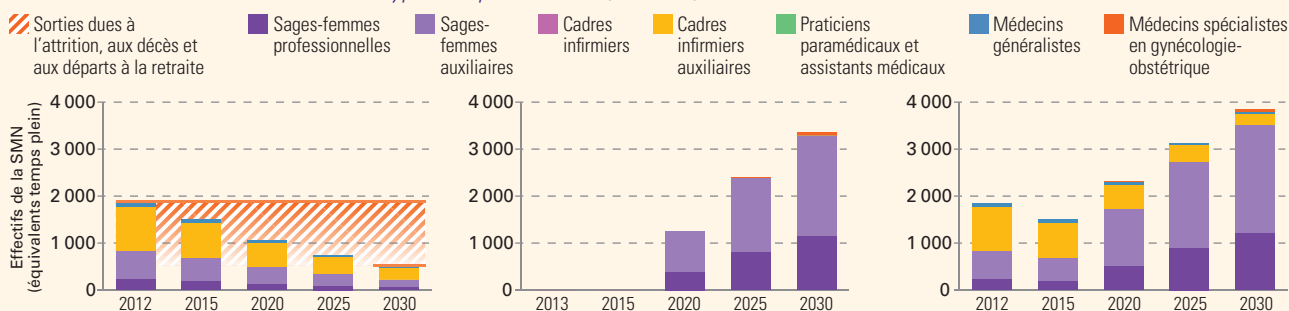
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,88 million → 0,71 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

31% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 40% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

31% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 35% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

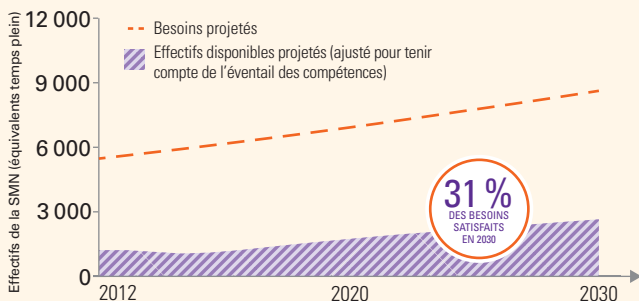
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

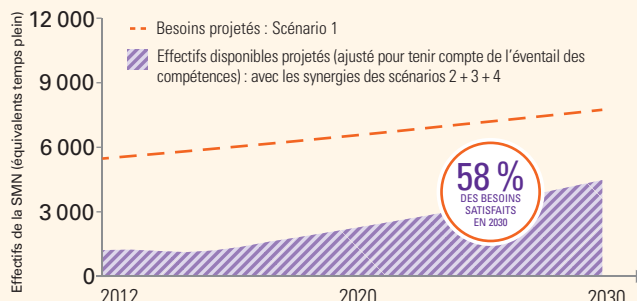
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

31% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 32% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes auxiliaires; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières sages-femmes auxiliaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

SOUDAN

En 2012, sur une population estimée à 37,2 millions d'habitants, 24 millions (64 %) vivaient en milieu rural et 9 millions (24 %) were women of reproductive age; the total fertility rate was 4,5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 48 % pour atteindre 55,1 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 2,1 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 149,3 millions de visites prénatales, 27,1 millions d'accouchements et 108,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

1 784 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

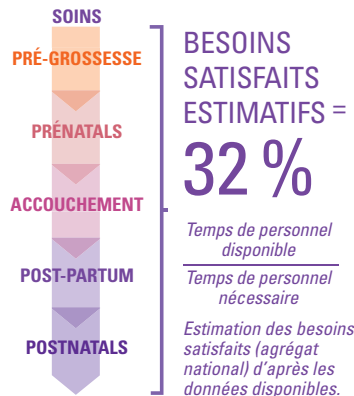


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	478 100
Sages-femmes auxiliaires	67 100
Infirmières-sages-femmes	689 100
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	13 455 -
Médecins généralistes	7 226 50
Obstétriciens et gynécologues	316 80



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 /en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	33 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	5
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Non

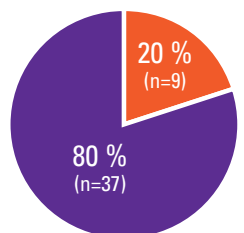
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2008
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Non
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Non
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Non
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

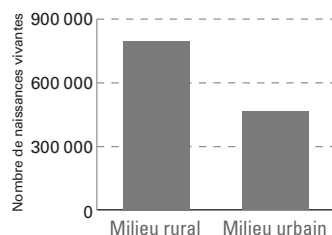
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

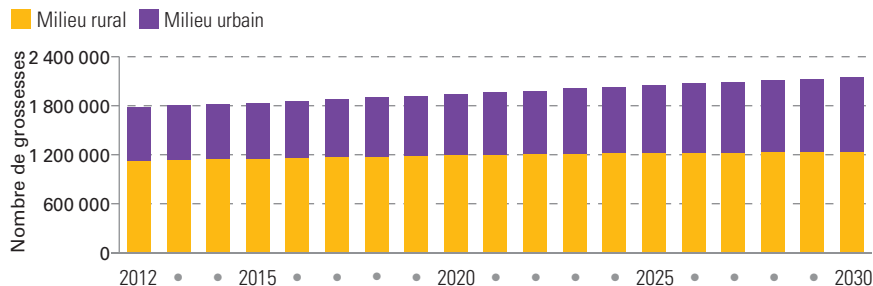
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

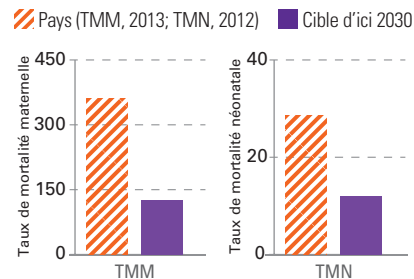


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJÉTÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

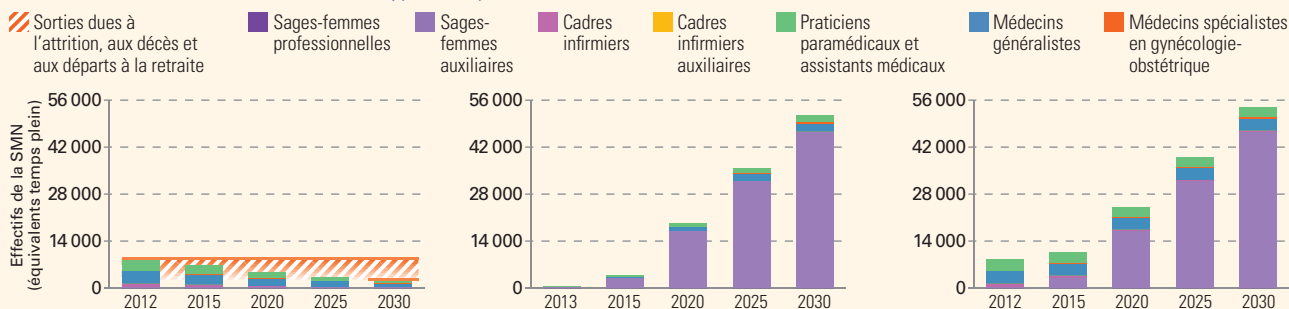
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

2,1 millions → 1,7 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

38% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 46% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

38% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 43% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

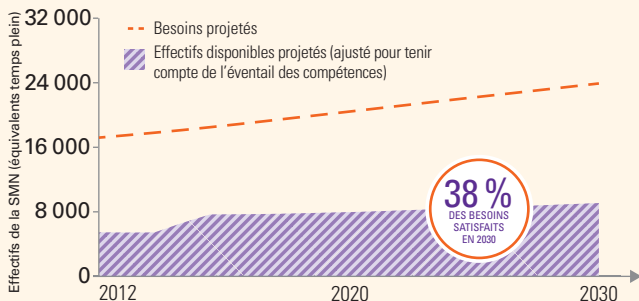
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

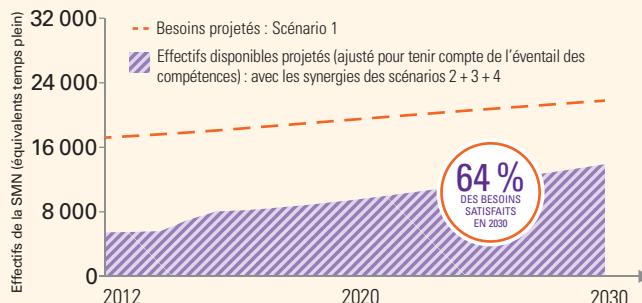
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

38% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 40% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes, les visiteuses sanitaires; sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes techniciennes/communautaires; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les assistants médicaux. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

SOUDAN DU SUD

En 2012, sur une population estimée à 10,8 millions d'habitants, 9,8 millions (91 %) vivaient en milieu rural et 2,6 millions (24 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 60 % pour atteindre 17,3 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,7 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 49,5 millions de visites prénatales, 9 millions d'accouchements et 35,9 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

558 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

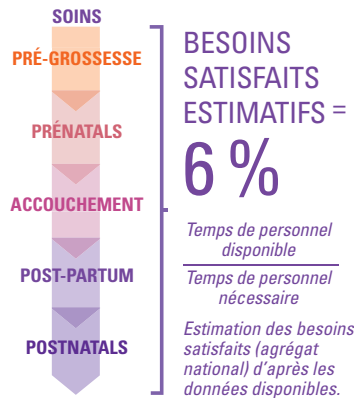


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	307 100
Sages-femmes auxiliaires	237 100
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	238 40
Médecins généralistes	150 40
Obstétriciens et gynécologues	- 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	50
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	-/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Non
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	5
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

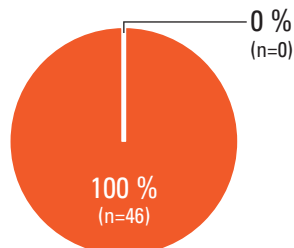
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2011
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

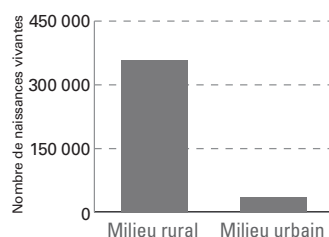
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

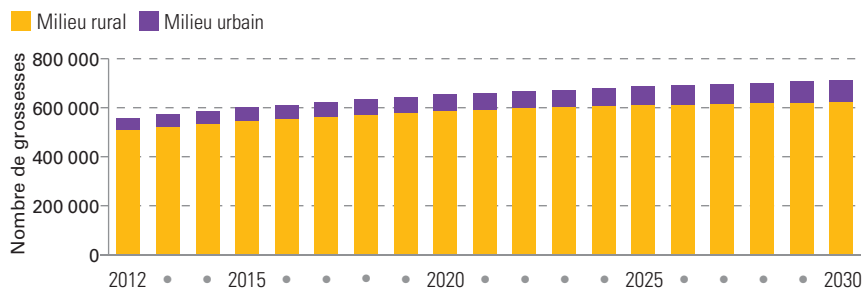
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

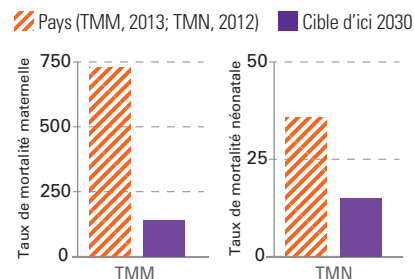


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

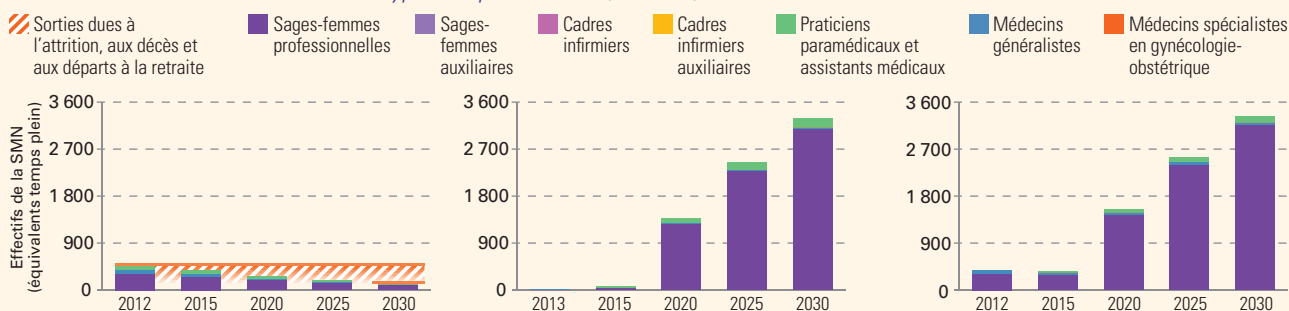
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,71 million → 0,57 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

31% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 57% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

31% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 44% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

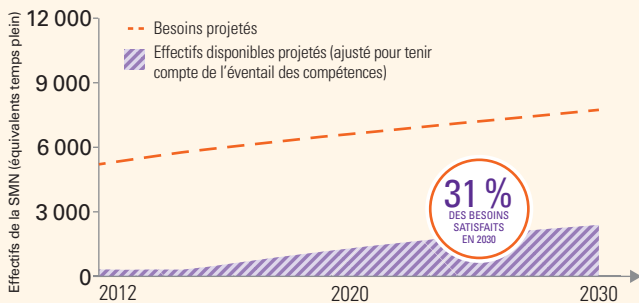
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

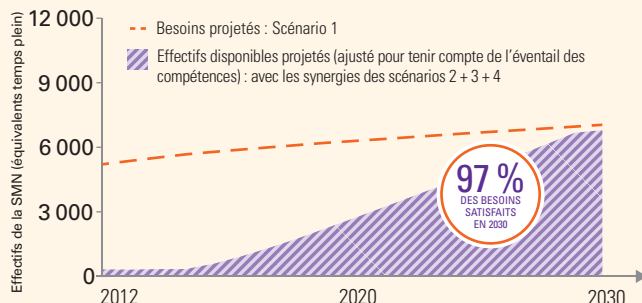
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

31% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 35% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes enregistrées, les infirmières sages-femmes enregistrées, les infirmières sages-femmes certifiées et inscrites, les visiteuses sanitaires; sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes villageoises, les sages-femmes communautaires; médecins généralistes : comprend les officiers médicaux; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les officiers cliniciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

SWAZILAND

En 2012, sur une population estimée à 1,2 million d'habitants, 0,9 million (69 %) vivaient en milieu rural et 0,3 million (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,4. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 23 % pour atteindre 1,5 million d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,05 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 74 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 4,1 millions de visites prénatales, 0,7 million d'accouchements et 2,8 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

54 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

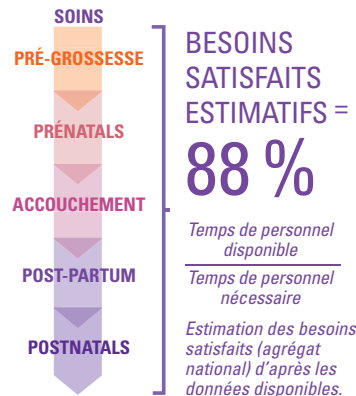


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)	
	S.O.	S.O.
Sages-femmes	S.O.	S.O.
Sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Infirmières-sages-femmes	1 200	100
Personnel infirmier	S.O.	S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	70	100
Cliniciens et assistants médicaux	-	-
Médecins généralistes	259	30
Obstétriciens et gynécologues	4	100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	25
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	113/9
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	86 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	5
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

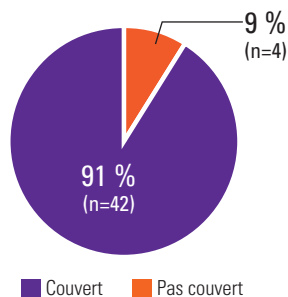
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1965, 2002, -
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

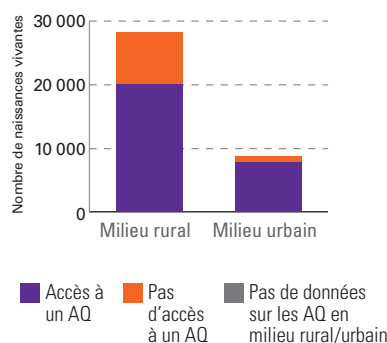
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

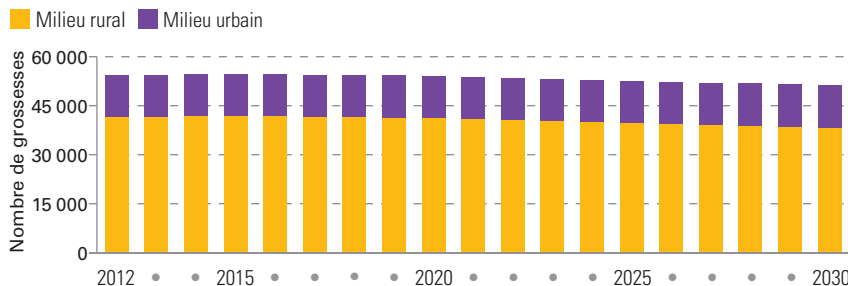


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

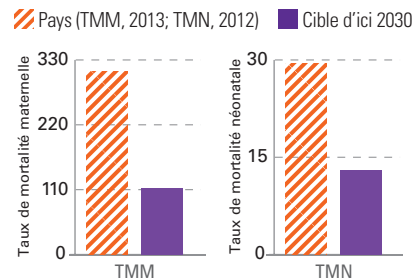
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

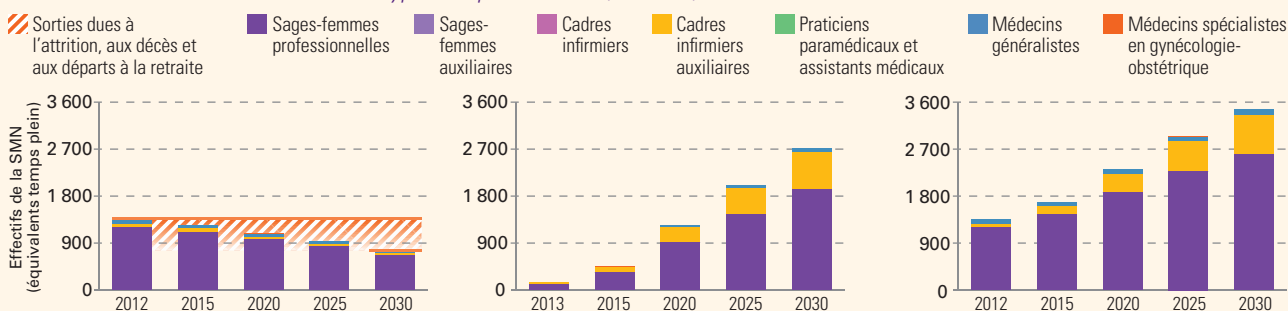
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,05 million → 0,04 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 91% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 90% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

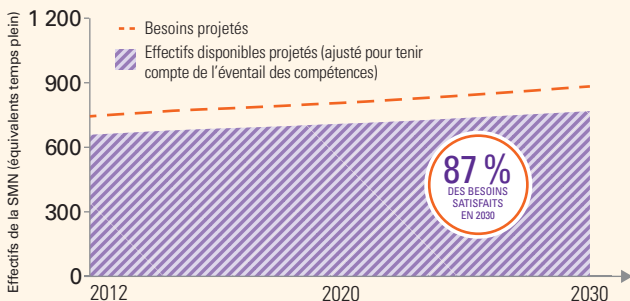
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

0% de perte → 0% de perte

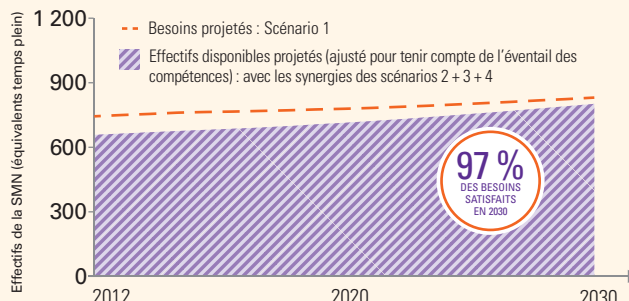
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 87% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les aides-soignantes ; médecins généralistes : comprend les médecins ; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues ; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les personnels paramédicaux. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS ; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

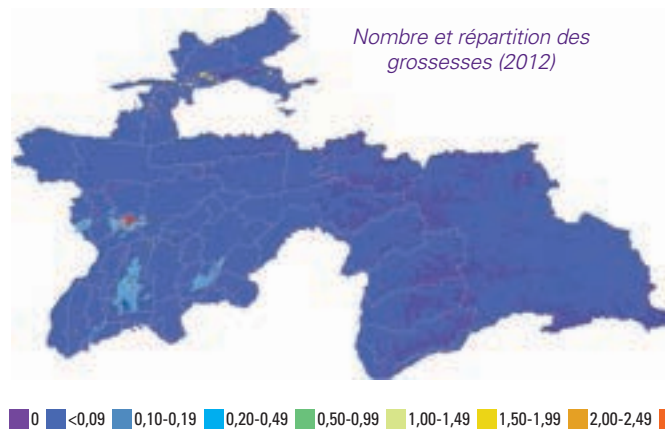
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

TADJIKISTAN

En 2012, sur une population estimée à 8 millions d'habitants, 4,2 millions (52 %) vivaient en milieu rural et 2,1 millions (26 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,9. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 42 % pour atteindre 11,4 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,4 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 30,6 millions de visites prénatales, 5,2 millions d'accouchements et 20,7 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

396 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	4 376 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	16 908 23
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	1 568 20
Médecins généralistes	4 040 18
Obstétriciens et gynécologues	1 407 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	4
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2008
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	530/12
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	78 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Non

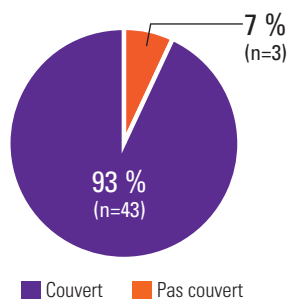
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1987, 1997
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; – = absence de données

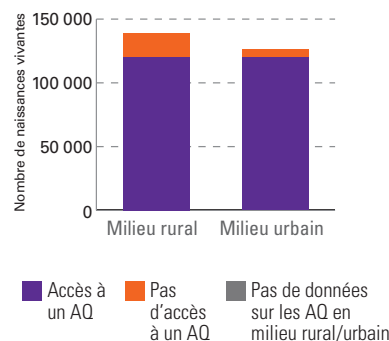
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

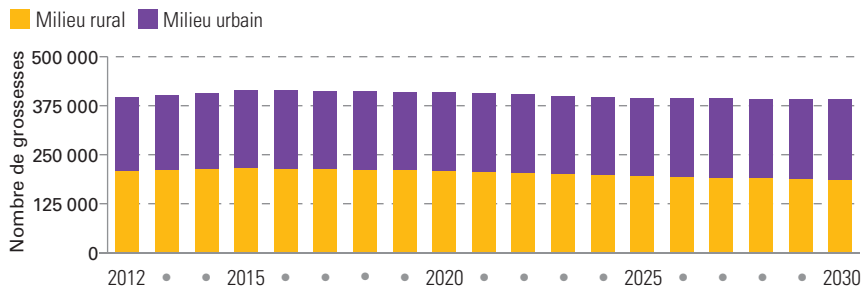


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

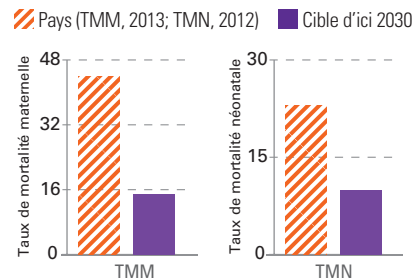
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

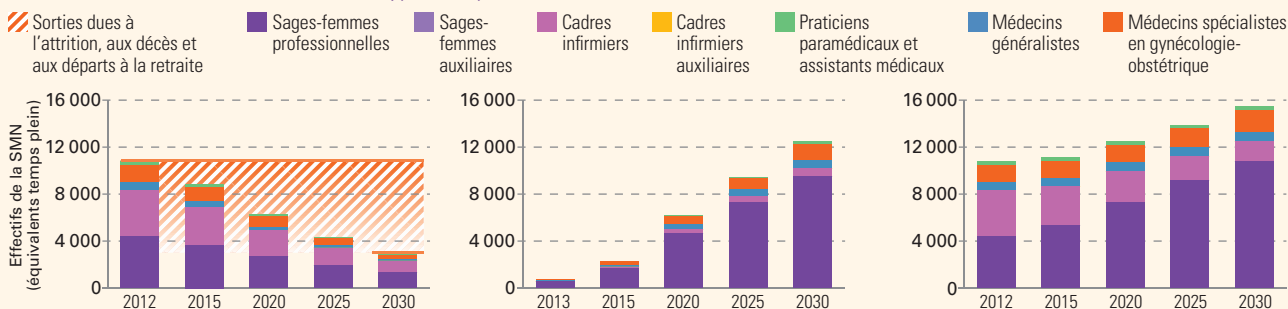
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,39 million → 0,31 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

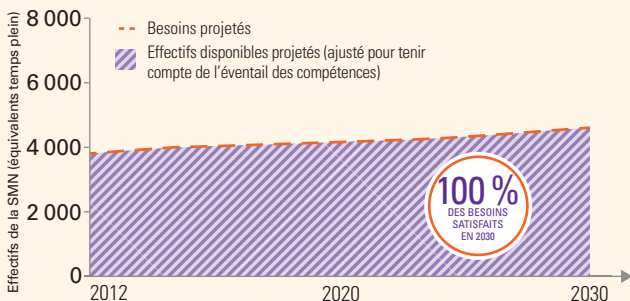
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

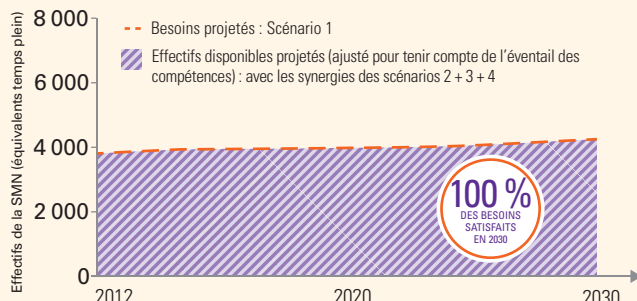
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières : comprend les infirmières familiales, les infirmières des établissements de soins de santé primaires; médecins généralistes : comprend les médecins (thérapeutes), les médecins de famille, obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les assistants médicaux. Source : SoWMY 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

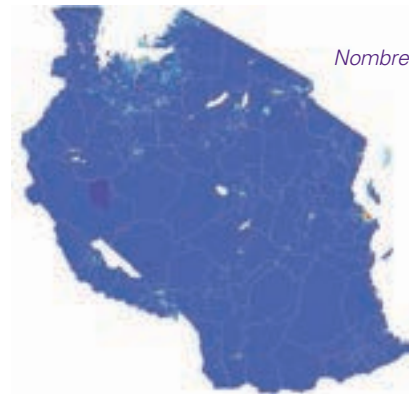
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

TANZANIE, RÉPUBLIQUE-UNIE DE

En 2012, sur une population estimée à 47,8 millions d'habitants, 40,1 millions (84 %) vivaient en milieu rural et 10,9 millions (23 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5,2. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 66 % pour atteindre 79,4 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 3,6 millions de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 232,1 millions de visites prénatales, 43,6 millions d'accouchements et 174,5 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

2 588 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

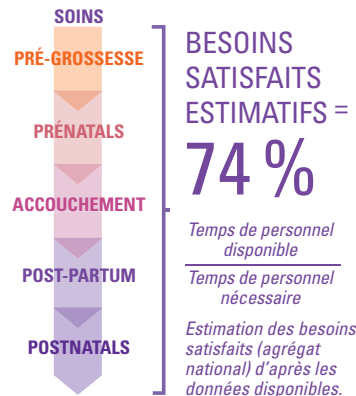


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)	
	S.O.	S.O.
Sages-femmes	S.O.	S.O.
Sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Infirmières-sages-femmes	20 800	100
Personnel infirmier	S.O.	S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	8 787	50
Médecins généralistes	1 135	50
Obstétriciens et gynécologues	122	100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2009
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	-
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	2 944/14
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	0 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

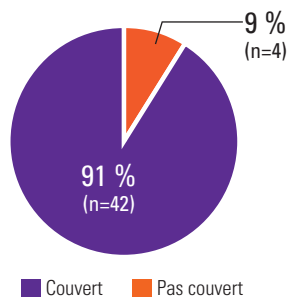
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1992, -
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; - = absence de données

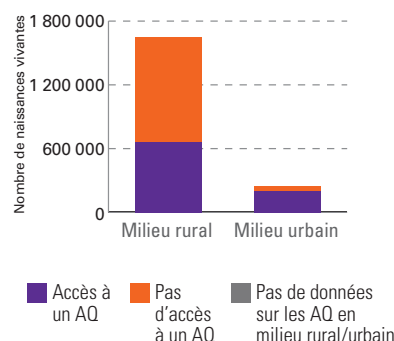
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

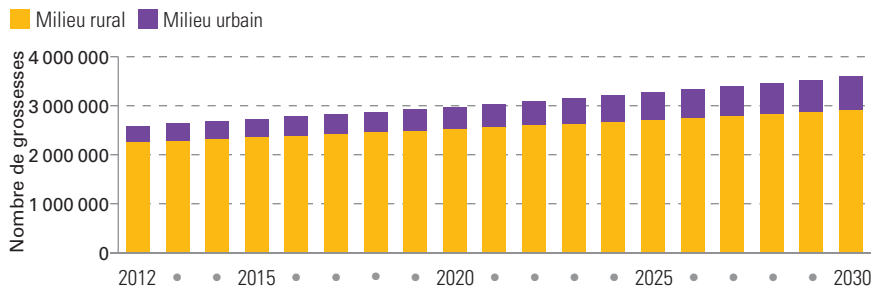


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

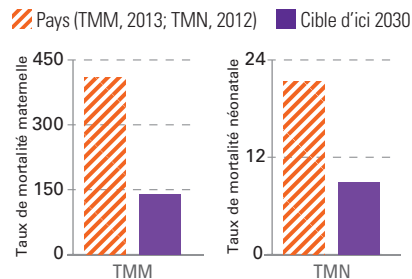
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

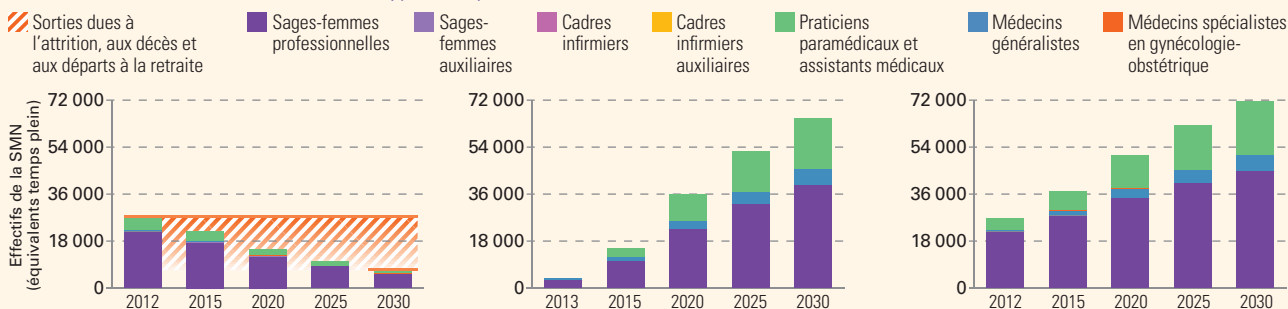
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

3,6 millions → 2,9 millions

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

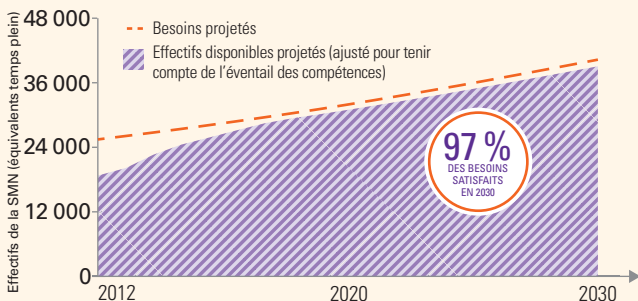
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

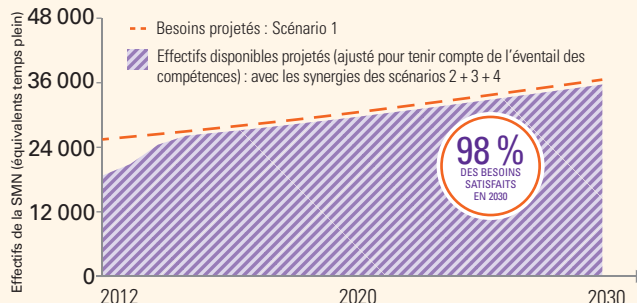
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes (inscrites et enregistrées), infirmières, infirmières assistantes; médecins généralistes : comprend les officiers médicaux, obstétriciens et gynécologues; comprend les spécialistes (obstétrique/gynécologie); cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les officiers cliniciens (CO), les officiers médicaux assistants (AMO), les cliniciens assistants (CA). Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.

3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

TCHAD

En 2012, sur une population estimée à 12,4 millions d'habitants, 9,7 millions (78 %) vivaient en milieu rural et 2,7 millions (22 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 6,3. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 68 % pour atteindre 20,9 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 73 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 68,5 millions de visites prénatales, 13,2 millions d'accouchements et 52,9 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

774 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

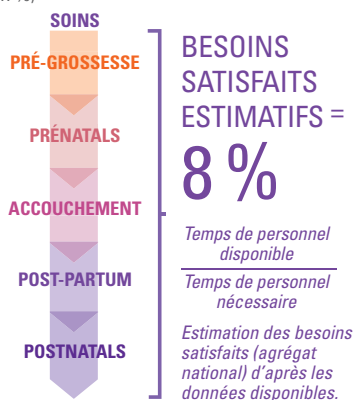


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)	
Sages-femmes	416	—
Sages-femmes auxiliaires	S.O.	S.O.
Infirmières-sages-femmes	S.O.	S.O.
Personnel infirmier	400	25
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	245	—
Cliniciens et assistants médicaux	S.O.	S.O.
Médecins généralistes	527	—
Obstétriciens et gynécologues	23	100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	15
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	265/64
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	25 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Non
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

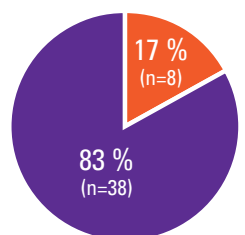
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1987, 1994
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Non
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; — = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

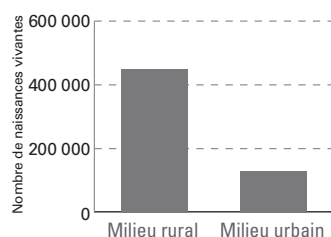
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

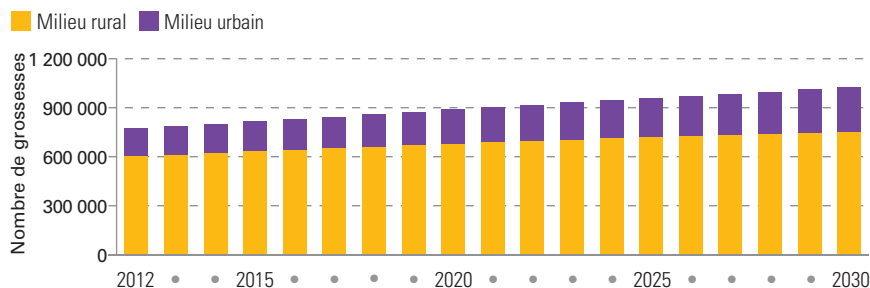
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

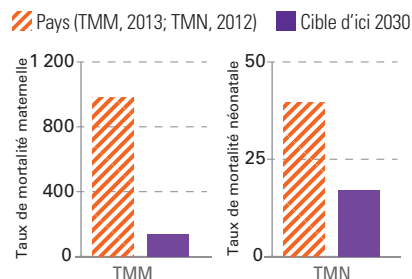


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJÉTÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

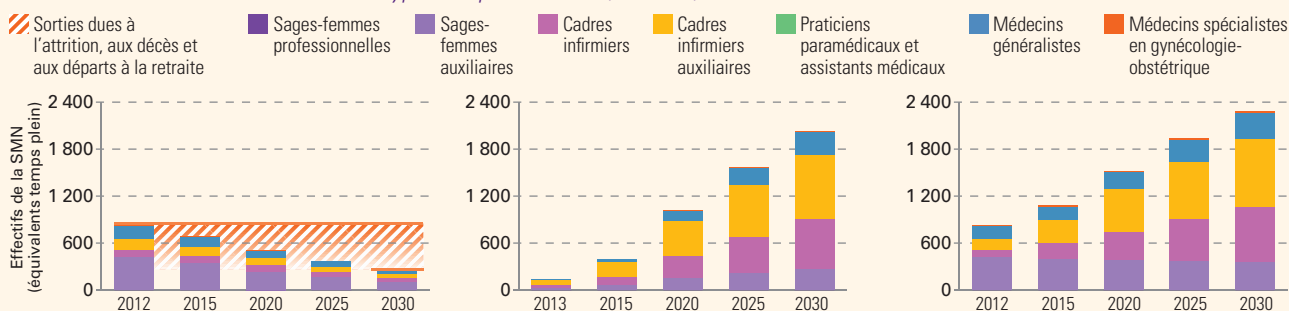
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,0 million → 0,8 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

15% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 20% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

15% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 21% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

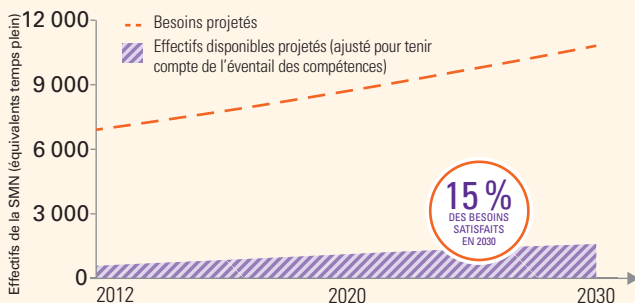
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

3% de perte → 1,5% de perte

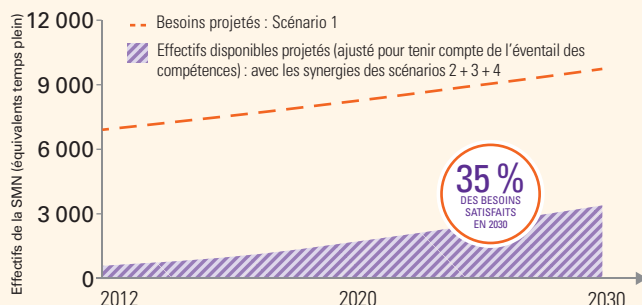
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

15% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 17% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières : comprend les infirmières diplômées d'état; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières sages-femmes auxiliaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynécologues-obstétriciens. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

TOGO

En 2012, sur une population estimée à 6,6 millions d'habitants, 4,3 millions (64 %) vivaient en milieu rural et 1,6 million (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,7. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 51 % pour atteindre 10 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,4 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 68 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 31,4 millions de visites prénatales, 5,2 millions d'accouchements et 20,7 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)



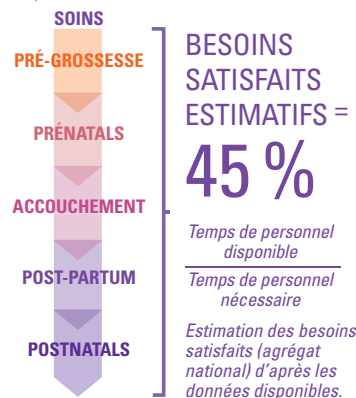
Nombre et répartition des grossesses (2012)

381 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	396 100
Sages-femmes auxiliaires	399 100
Infirmières-sages-femmes	S.O. S.O.
Personnel infirmier	818 -
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	569 -
Cliniciens et assistants médicaux	378 -
Médecins généralistes	154 -
Obstétriciens et gynécologues	16 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, -
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	75
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	76/19
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	-

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

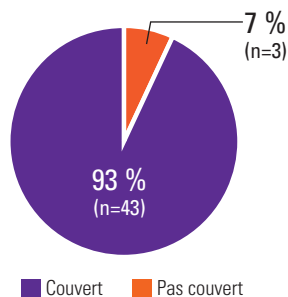
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1966
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

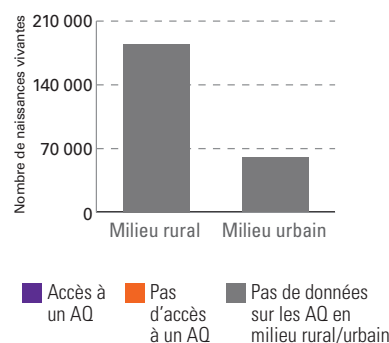
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

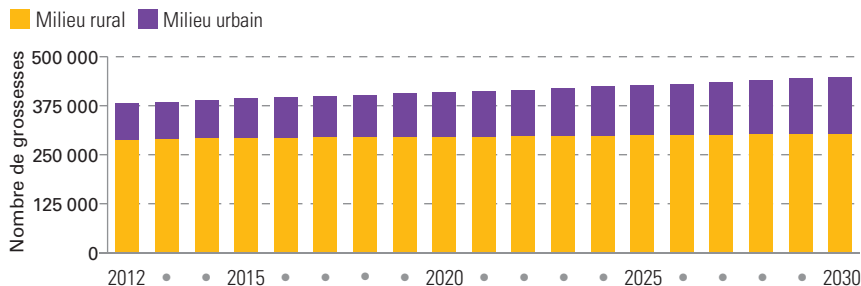


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

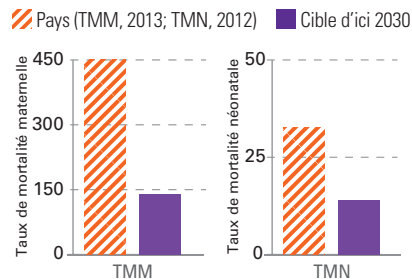
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

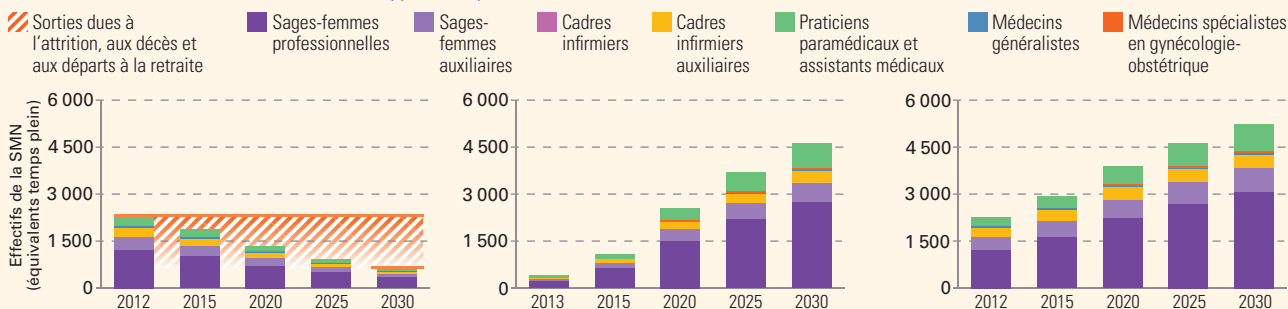
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,45 million → 0,36 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

70% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 97% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

70% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 93% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

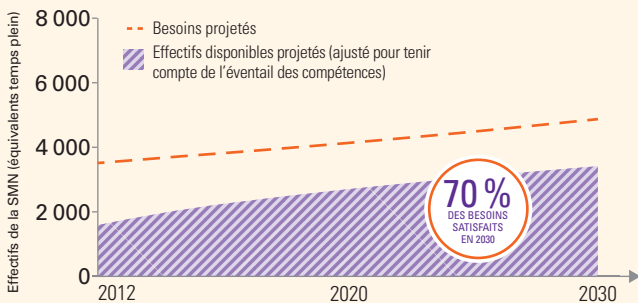
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

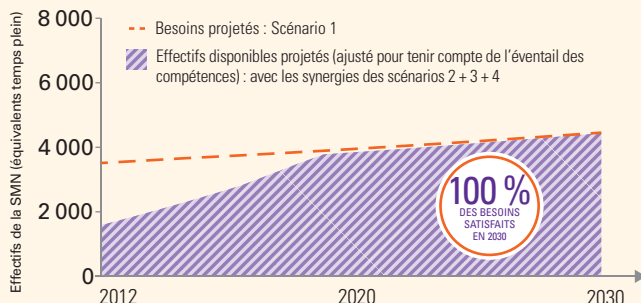
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

70% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 81% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



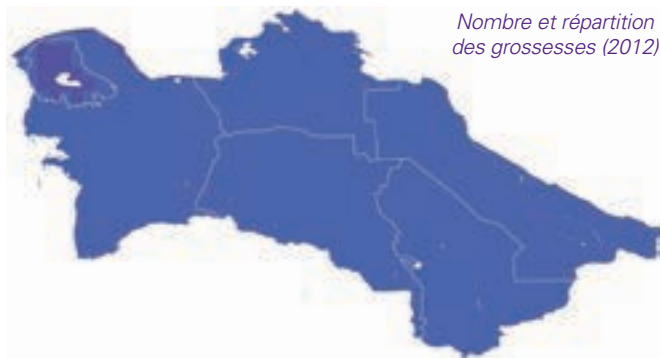
1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; sages-femmes auxiliaires : comprend les accoucheuses auxiliaires; infirmières : comprend les infirmiers diplômés d'État; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmiers auxiliaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les gynéco-obstétriciens; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les techniciens supérieurs de santé. Source : SoWMY 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

TURKMÉNISTAN

En 2012, sur une population estimée à 5,2 millions d'habitants, 3,9 millions (75 %) vivaient en milieu rural et 1,5 million (29 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 2,3. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 19 % pour atteindre 6,2 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,1 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 10,1 millions de visites prénatales, 2 millions d'accouchements et 8,2 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

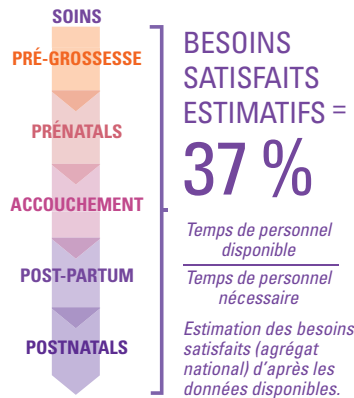
BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

140 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	410 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	- 100
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	- 100
Obstétriciens et gynécologues	767 -



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	10
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	0/S.O.
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	3
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Non

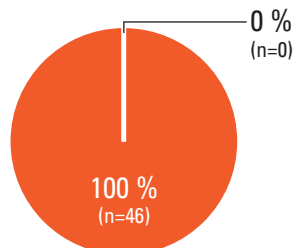
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	S.O.
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	S.O.
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	S.O.
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	S.O.
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	S.O.
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	S.O.

S.O. = sans objet; - = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

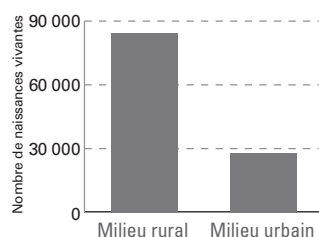
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

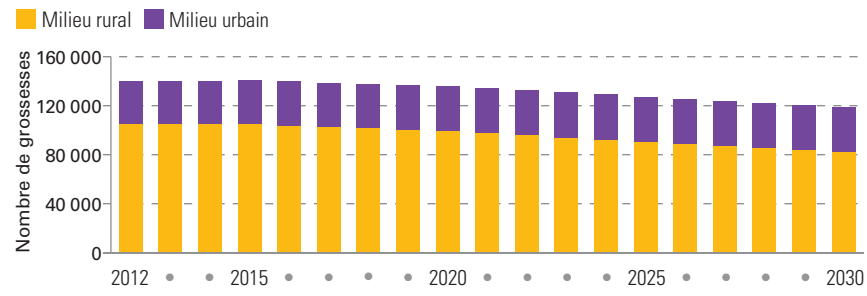
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

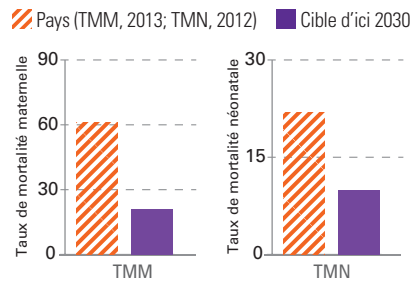


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵

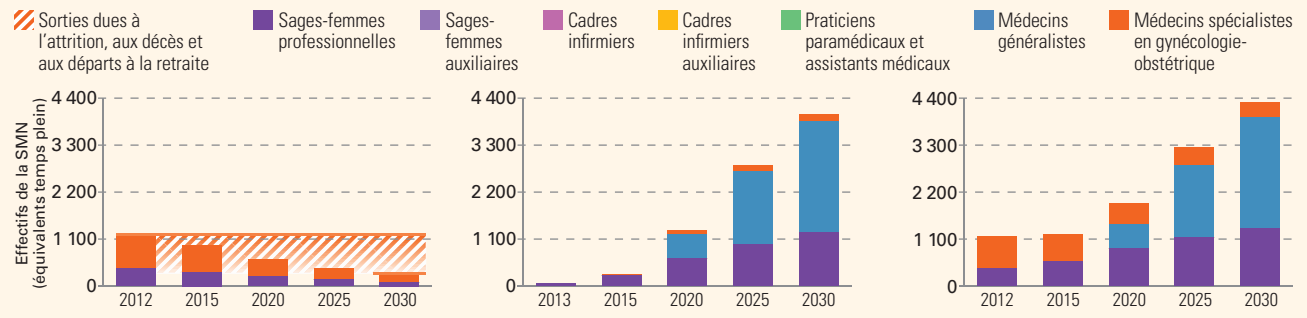


ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES ENTRÉES PROJETÉES EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,12 million → 0,10 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

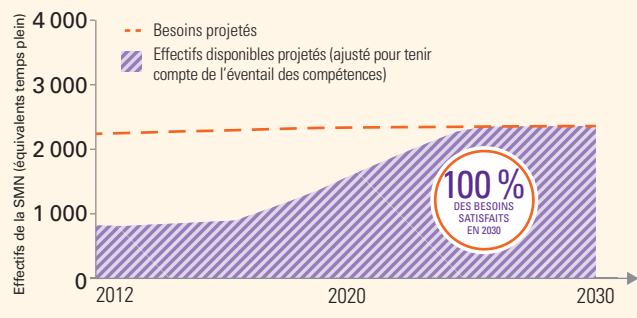
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

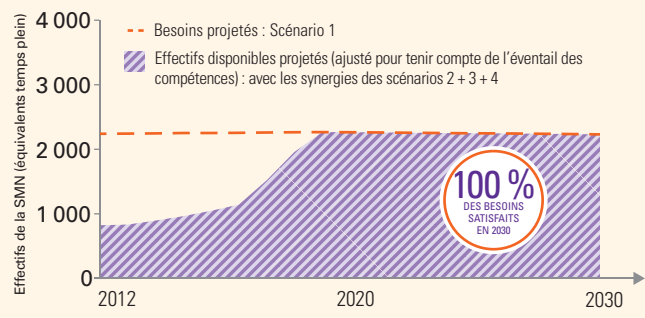
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

VIET NAM

En 2012, sur une population estimée à 90,8 millions d'habitants, 65,6 millions (72 %) vivaient en milieu rural et 26 millions (29 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 1,8. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 12 % pour atteindre 101,8 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,8 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 67 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 160,7 millions de visites prénatales, 24,6 millions d'accouchements et 98,3 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)



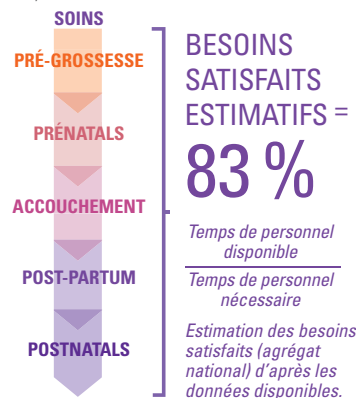
2 429 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	23 272 / 100
Sages-femmes auxiliaires	2 750 / 50
Infirmières-sages-femmes	S.O. / S.O.
Personnel infirmier	S.O. / S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	102 034 / 50
Cliniciens et assistants médicaux	7 200 / 50
Médecins généralistes	7 180 / 30
Obstétriciens et gynécologues	8 130 / 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	2
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	2 050/9
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	85 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

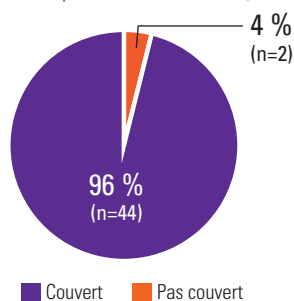
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1990, 1995
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; – = absence de données

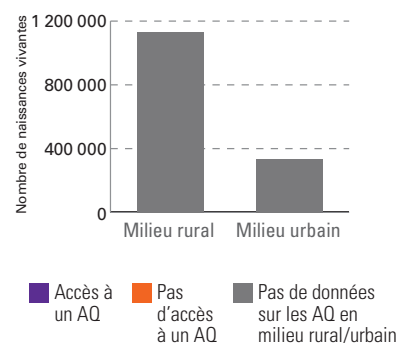
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble des prestations minimum, 2012

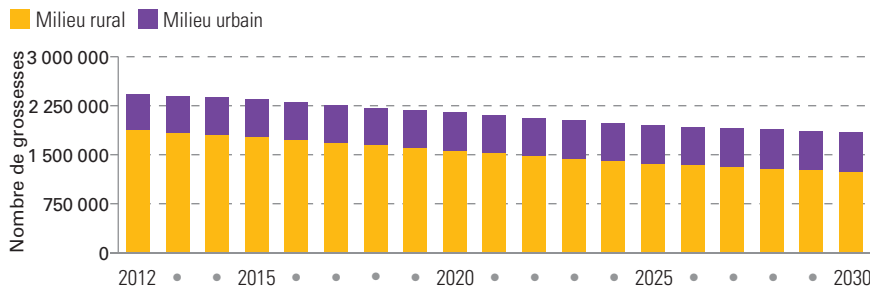


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

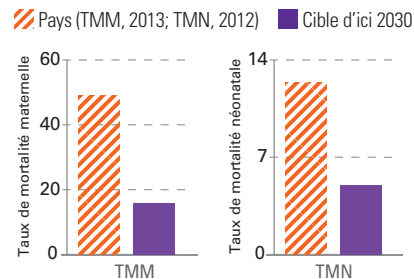
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

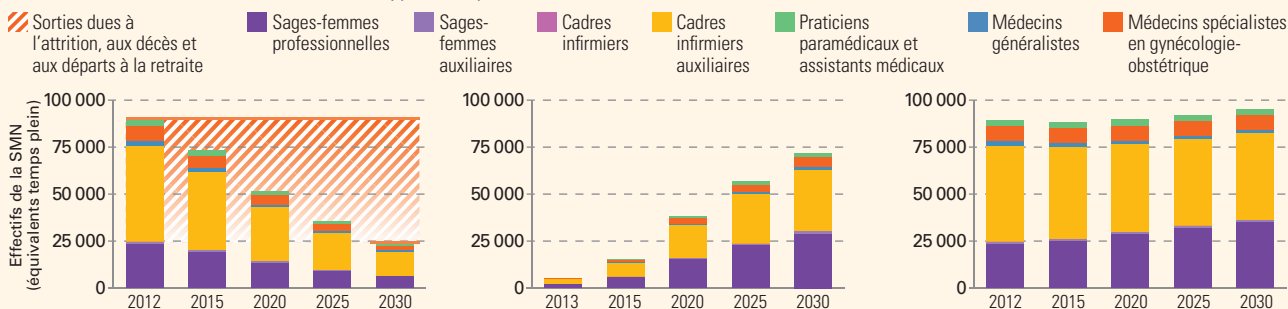
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,8 million → 1,5 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

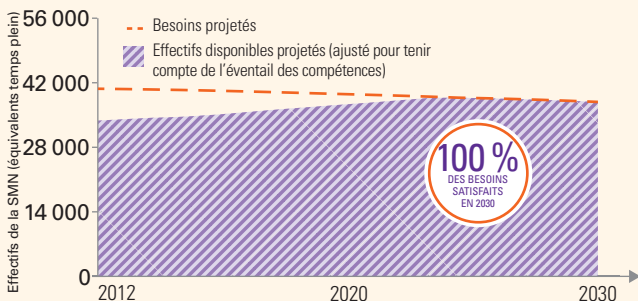
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

100% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes, infirmières sages-femmes, sages-femmes auxiliaires ; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les sages-femmes auxiliaires, les sages-femmes villageoises des minorités ethniques ; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières sages-femmes auxiliaires, les agents de santé de village ; médecins généralistes : comprend les pédiatres, obstétriciens et gynécologues ; comprend les obstétriciens ; cliniciens associés et assistants médicaux : comprend les assistants obstétriciens et pédiatres. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS, documents de politique officiels).
 2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

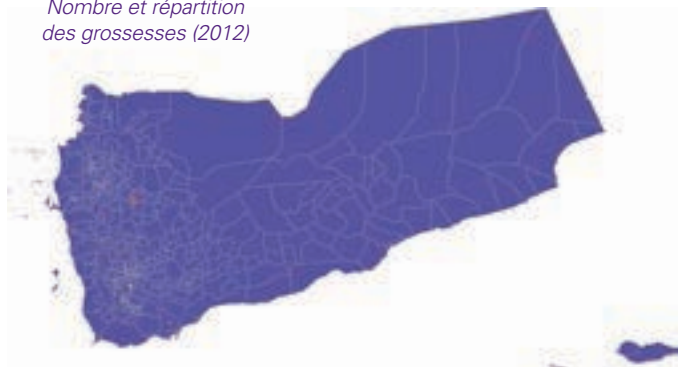
YÉMEN

En 2012, sur une population estimée à 23,9 millions d'habitants, 10,5 millions (44 %) vivaient en milieu rural et 5,9 millions (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 4,1. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 43 % pour atteindre 34 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,2 million de femmes enceintes par an d'ici 2030. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 93,1 millions de visites prénatales, 15,2 millions d'accouchements et 60,6 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

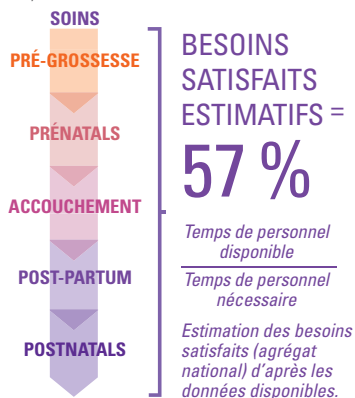
1 183 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	5 500 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	500 90
Personnel infirmier	S.O. S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	100 60
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	5 412 30
Obstétriciens et gynécologues	1 543 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 10-
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2012
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	290/5
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	0 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	6
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

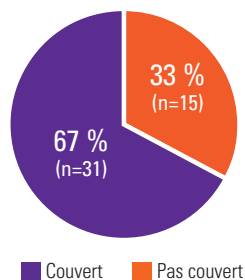
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2004
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Non
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Non

S.O. = sans objet; – = absence de données

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

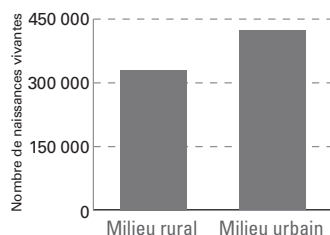
Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012



Couvert Pas couvert

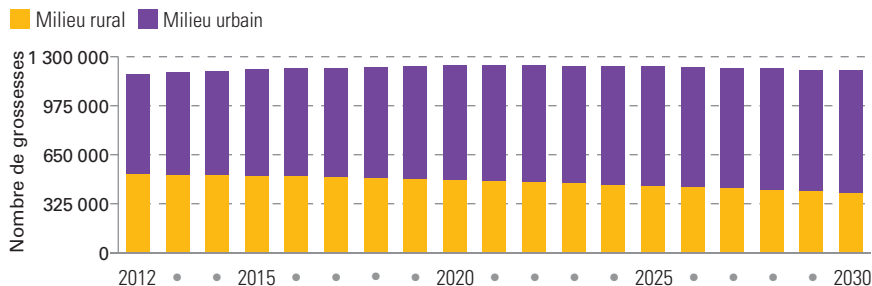
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²

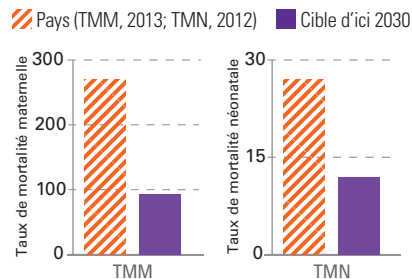


Accès à un AQ Pas d'accès à un AQ Pas de données sur les AQ en milieu rural/urbain

NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

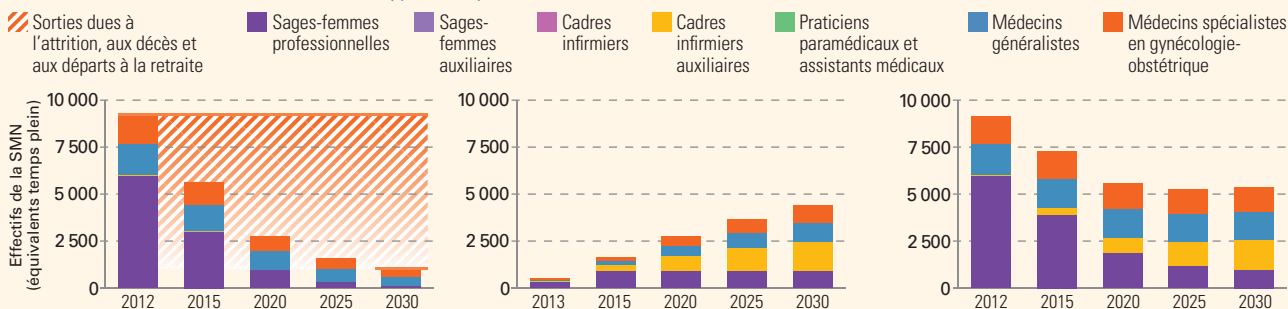
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,2 million → 0,97 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

25% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 37% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

25% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 36% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

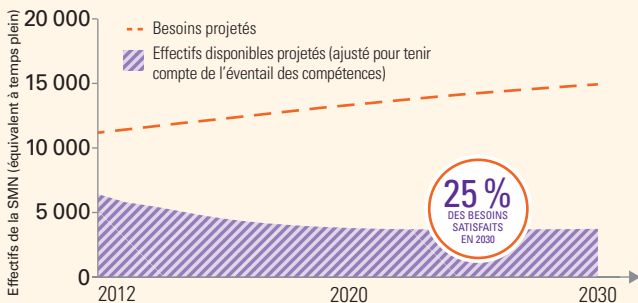
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

13% de perte → 6,5% de perte

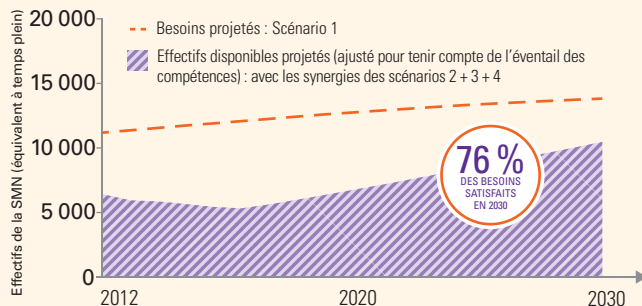
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

25% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 34% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes communautaires, techniciennes sages-femmes, infirmières sages-femmes ; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les travailleuses des soins de santé féminine primaires (*morshidate*) ; médecins généralistes : comprend les médecins (omnipraticiens) ; obstétriciens et gynécologues : comprend les spécialistes (obstétrique/gynécologie). Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Données sur les accoucheurs qualifiés en milieu rural/urbain non disponibles. Le chiffre est celui des accouchements en milieu rural/urbain.

3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

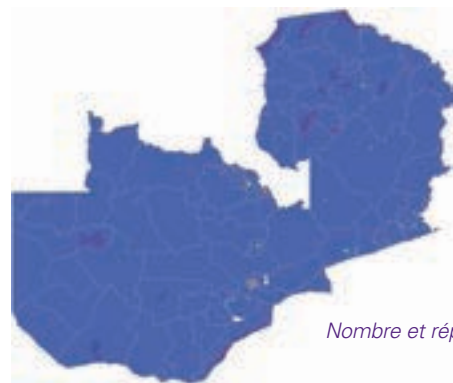
5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative *Ending Preventable Maternal Mortality by 2030* et du plan d'action *Chaque nouveau-né*.

ZAMBIE

En 2012, sur une population estimée à 14,1 millions d'habitants, 8,7 millions (62 %) vivaient en milieu rural et 3,2 millions (23 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 5,7. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 77 % pour atteindre 25 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 1,4 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 62 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 86,5 millions de visites prénatales, 14,9 millions d'accouchements et 59,5 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

909 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

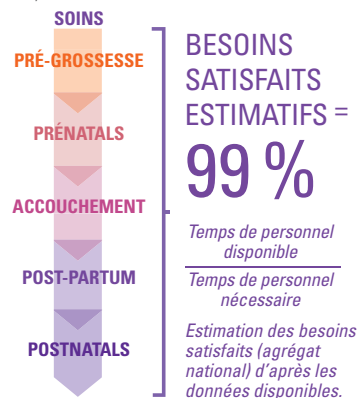


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	2 773 / 100
Sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Infirmières-sages-femmes	9 575 / 100
Personnel infirmier	S.O. / S.O.
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	S.O. / S.O.
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. / S.O.
Médecins généralistes	1 630 / 20
Obstétriciens et gynécologues	1 150 / 75



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	1
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2010
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	20
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	247/9
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	95 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

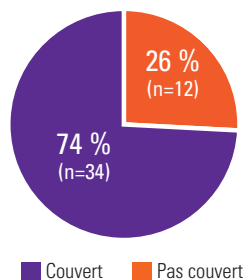
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	2011, -, -
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

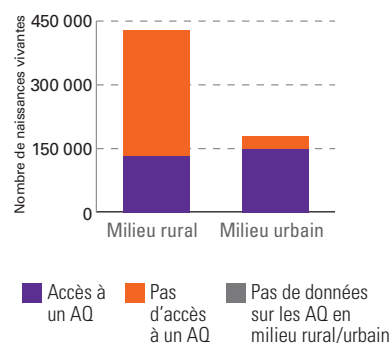
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

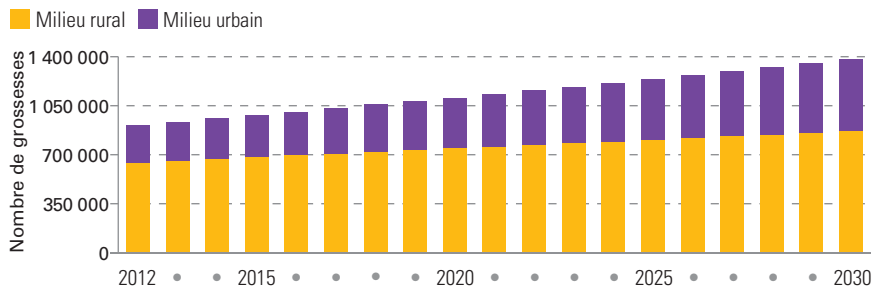


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

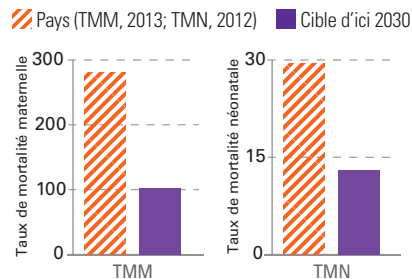
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

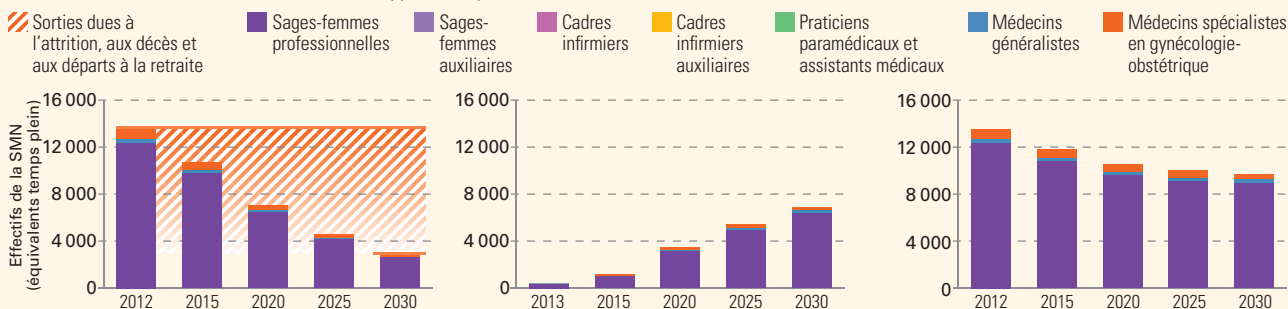
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJETÉES

ENTRÉES PROJETÉES

EFFECTIFS PROJETÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

1,4 million → 1,1 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

48% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

48% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 78% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

48% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 68% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

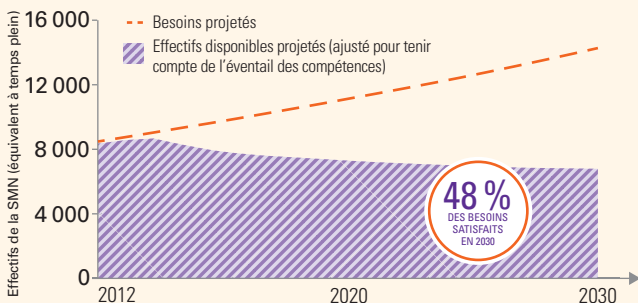
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

4% de perte → 2% de perte

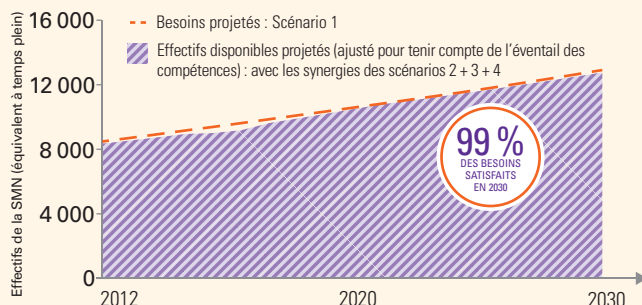
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

48% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 57% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - Sages-femmes : comprend les sages-femmes; infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).
 2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPILER.
 3. Cette information porte sur la catégorie des sages-femmes.
 4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.
 5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

ZIMBABWE

En 2012, sur une population estimée à 13,7 millions d'habitants, 8,9 millions (65 %) vivaient en milieu rural et 3,4 millions (25 %) étaient des femmes en âge de procréer; l'indice synthétique de fécondité s'établissait à 3,5. D'ici 2030, selon les projections, la population augmentera de 48 % pour atteindre 20,3 millions d'habitants. Pour parvenir à un accès universel aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né, les sages-femmes devront fournir des prestations pour répondre aux besoins de 0,7 million de femmes enceintes par an d'ici 2030, dont 60 % en milieu rural. Il faudra déterminer les mesures optimales à prendre dans le système de santé pour configurer et déployer de manière équitable les personnels de SSRMN afin d'assurer la couverture d'au moins 50,5 millions de visites prénatales, 9 millions d'accouchements et 36,1 millions de visites de post-partum/soins postnatals entre 2012 et 2030.

BESOIN DES FEMMES ET NOUVEAUX-NÉS (2012)

628 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?

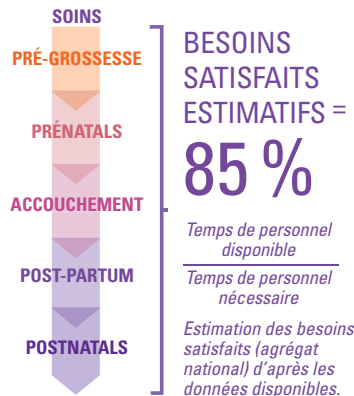


Nombre et répartition des grossesses (2012)



DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL (2012)

Classification du personnel de la SMN ¹ dans le pays	Temps consacré à la SMN (en %)
Sages-femmes	S.O. S.O.
Sages-femmes auxiliaires	S.O. S.O.
Infirmières-sages-femmes	2 247 100
Personnel infirmier	16 668 75
Infirmières ou infirmières-sages-femmes auxiliaires	1 567 87,5
Cliniciens et assistants médicaux	S.O. S.O.
Médecins généralistes	453 -
Obstétriciens et gynécologues	9 100



FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME³

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	1
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2013
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	30
Nombre de diplômées 2012 / en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	719/32
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	100 %

RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Oui
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Oui
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

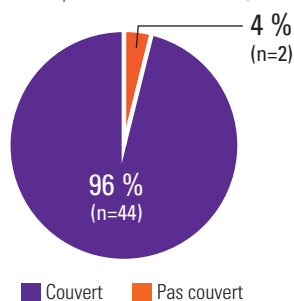
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES⁴

Année de la création des associations professionnelles	1995
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; - = absence de données

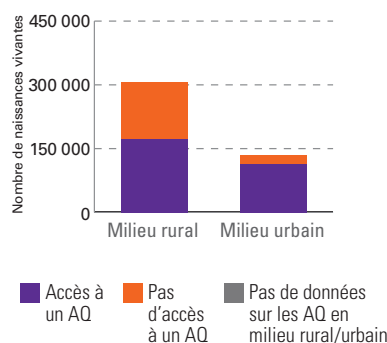
ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Pourcentage des 46 interventions essentielles de SSRMN incluses dans l'ensemble de prestations minimum, 2012

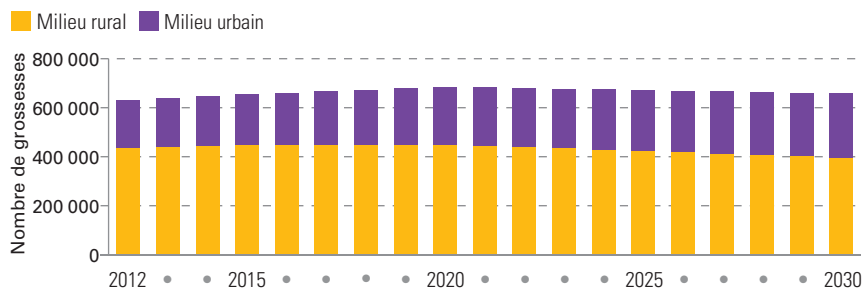


ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

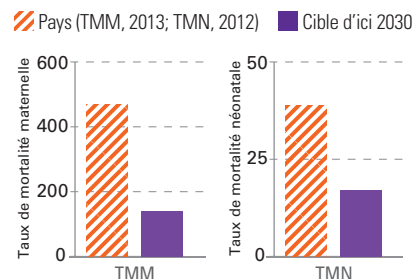
Nombre d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (AQ)²



NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ⁵



ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

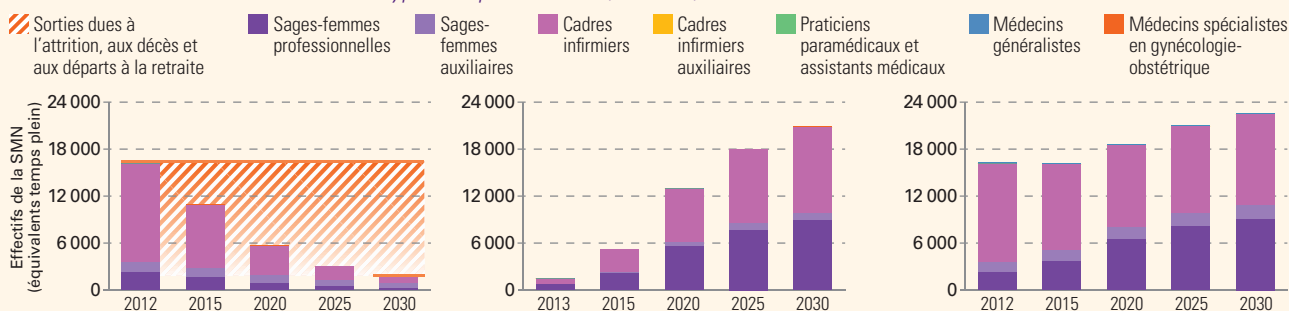
Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

SORTIES PROJÉTÉES

ENTRÉES PROJÉTÉES

EFFECTIFS PROJÉTÉS

selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)



HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

1 Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.

0,66 million → 0,53 million

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

Accroissement immédiat des besoins satisfaits pour les soins de la grossesse, de l'accouchement, du port-partum/postnatals. Accélération de la satisfaction des besoins pour les services de pré-grossesse à partir de 2028.

2 Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

85% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 86% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

3 Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.

SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

85% DES BESOINS SATISFAITS EN 2020 → 85% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

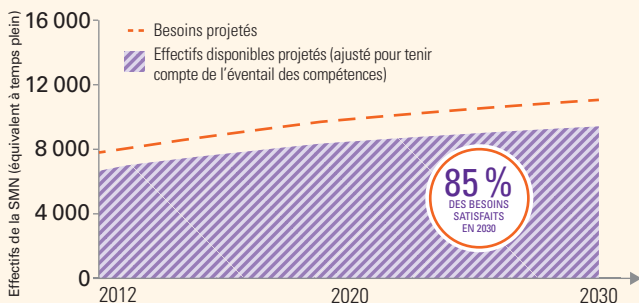
4 Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.

10% de perte → 5% de perte

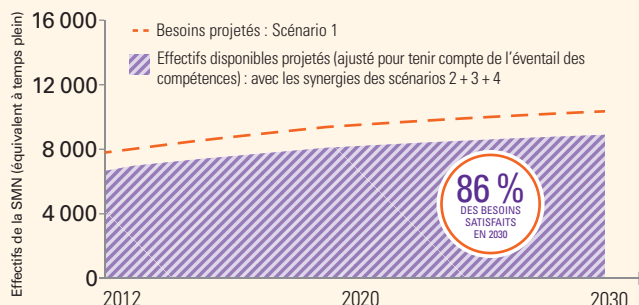
SITUATION ACTUELLE → SCÉNARIO

85% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030 → 85% DES BESOINS SATISFAITS EN 2030

ÉVOLUTION ACTUELLE



ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE



1. Appellations des personnels de santé dans le pays - infirmières sages-femmes : comprend les infirmières sages-femmes ; infirmières : comprend les infirmières généralistes autorisées; infirmières sages-femmes auxiliaires : comprend les infirmières de soins primaires; médecins généralistes : comprend les médecins généralistes; obstétriciens et gynécologues : comprend les obstétriciens et gynécologues. Source : SoWMy 2014 ou sources secondaires (Observatoire mondial de la Santé-OMS; documents de politique officiels).

2. Année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles dans STATCOMPIER.

3. Cette information porte sur la catégorie des infirmières sages-femmes.

4. Associations nationales de personnels compétents dans la pratique de sage-femme et de personnels infirmiers.

5. Cibles de TMM et de TMN proposées selon les recommandations de l'initiative Ending Preventable Maternal Mortality by 2030 et du plan d'action Chaque nouveau-né.

LISTE DES PERSONNES AYANT RÉPONDU À L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PAYS

Nous adressons des remerciements particuliers aux chefs des bureaux de pays de l'UNFPA et à leur personnel, pour avoir apporté leur aide à la tâche du recueil des réponses à l'enquête auprès des pays. Toutes leurs contributions sont grandement appréciées. Dans la liste ci-dessous figurent les noms des personnes ayant répondu à l'enquête qui ont exprimé le désir d'être mentionnées. Nous tenons également à remercier les nombreuses autres personnes qui ont demandé à ce que leur nom ne soit pas inclus dans le rapport. Nous nous sommes efforcés dans toute la mesure du possible de veiller à ce que cette liste soit aussi complète que possible et nous présentons nos excuses anticipées à celles et ceux dont les noms en ont été omis par erreur.

Afghanistan : Shakila Abdaly, Yalda Ahmadi, Masud Arzoïy, Aysha, Pashtoon Azfar, Malin Bogren, Batul Erfani, Sadia Fayiq Ayobi, Sharifullah Haqmal, Mohammad Jebran, Mohammad Massod, Ziba Mazari, Modassar, A. Molakhil, Mursal Musawi, Feroza Mushtari, Nayani, Fahima Nazari, Partamin Partamin, Jawad Patwal, M. Qasim, Rashidi, Monira Rauf, Sediqullah Reshteen, Nahida Shah, Shahir, Shakila, Shams, Amina Sultani, Yalda, Najiba Zafari

Afrique du Sud : Elgonda Bekker, Dapney N. Chonco, A. Green, Thembeke Gwagwa, Holele, Leonard Kamugisha, Hester Klopper, Busisiwe Kunene, T. Mabudi, Sisan Majeke, Liesbeth Mangathe, N. Mbombo, Ms N. Mphandana, Nokuzola Mzolo, Ms Naicker, Neloius, Deliwé Nyathikazi, Precious Robinson, Gugu Xaba

Angola : Maria José Costa, Hironcina Cucubica, Ana Leitão, Ines Leopoldo

Azerbaïdjan : Farid Babayev

Bangladesh : Alamgir Ahmed, Rahima Jamal Akhtar, Jesmin Akter, Halima Akther, Iqbal Anwar, Farida Begum, Shuriya Begum, Taslima Begum, Rehana Begum, Roushon Ara Begum, Ismat Bhuiya, Hafizur Rahman Chowdhury, Ira Dibra, Monica Fong, Dolly Maria Gonsalves, Abdul Halim, Sajedul Hassan, Emdadul Hoque, A.K.M Amir Hossain, Mohammad Iqbal, Ashrafur Islam Babul, Syed Abu Jafar Musa, Rezaul Karim, Umme Salma Khanum, Rabeya Khatoun, Michaela Michel-Schuldt, Abdul Hamid Moral, Gaziuddin Mohammad Munir, A.Z. Musa, Ylva Sörman Nath, A.K.M. Mukhlesur Rahman, Feroza Sarker, Latifa Prof. Shamsuddin, Khandaker Sefayet Ullah, Mohammed Sharif, Fahmida Sultana, Saria Tasnim, Youssef Tawfik, Peggy Thorpe, Joanna Tingstrom, Mofiz Ullah, Yukie Yoshimura

Bénin : Solange Adechokan-Kanmadozo, Latifatou Agbodjelou, Olga Agbohouni Houinato, Fulgencia Ahoissi Assogbague, Chantal Akitossi, Arlette Akoueikou, Karamatou Bangbola, Conrad Deguenon, Bernice Deleke Koko Hounbede, Constance Dossou, Anatole Dougbe, Prudencia Gbaguidi, Dina Gbenou, Sikiratou Gouthon Abou, Yasminath Houenou, Benjamin Hounkpatin, Nestor KouKoui, Mohamed Chakirou Latoundji, Marguerite Magnonfinon, Christian Martins, O. Laurence Monteiro, Julienne Odoulami, Philomène Sansuamou, Amélie Sonon, Marcelle Totchenou, Victor Zoclanclounon

Bolivie : Lilian Acunha, Grisel Alarcon, Rene Alberto Castro, Alexia Escobar, Nancy Manjon, Willam Michel, Elva Olivera, Haydee Padilla, Bertha Pooley, Jacquelin Reyes, Celia Taborga, Franz Trujillo, Eugenio Renato Yucra

Botswana : Galeagelwe Baikepi, Kebabonye Gabaake, Hannah Kau-Kipo, Veronica Leburu, Lucy Sejo Maribe, Khumo Modisaemang, Keitshokile Dintle Mogobe, Ellen Mokalake, Ruth Mokgehi, Irene Motshewa, Galaletsang Mudongo, Opelo Rankopo, Rina Rapula, Workuu Tegene Solomon, Kabo Tautona, Josephine Tlale

Brazil : Vera Bonazzi, Elisabete Franco Cruz, Anna Cunha, Maysa Gomes, Cleiton Euzebio, Amanda Fedevjcyk de Vico, Dulce Ferraz, Emanuelle Goes, Rodolfo Gomez, Jeniffer Goncalves, Roselane Goncalves, Leila Gottens, Valdecyr Herdy Alves, Felipe Krykhtine, Maria Eliane Liegio, Lorenza Longhi, Fernanda Lopes, Elize Massard da Fonseca, Maria Eliane Matao, Rosani Pagani, Daphne Rattner, Euzi Adriana Rodrigues, Camila Schneck, Valda Fatima Silva, Iara Silveira, Kleyde Ventura Souza, Thais Fonseca Veloso de Oliveira, Maria Esther Vilela, Paula Viana, Marli Villela Mamede, Vera Xavier, Nadia Zanon Narchi, Marcele Zveiter

Burkina Faso : Laurentine Barry, Alimata Bationo, Aïssètou Belemvire, Seydou Belemvire, Aicha Boly, Kadidiatou Gngangao, K. Carine Gngangao, Rosine Compaore/Konkobo, Zéinab Derme, Damatou Diabri, Parfait Guibleogo, Nadège W. Guiguemde, Honorine Kabre, Pascaline Kiendrebeogo, Laye

Kodjo, Sabine Liliou, Augustine Lompo, Aimée Lompo, Isabelle Minoungou, Azara Morbiga, Bibata Nacoulma, Mariam Nanema, Emmanuel Neya, Mariam Nonguierma, Roselyne Oubda, Catherine Quedraogo, Valentine Quedraogo, Karidia Quedraogo, Habibou Quedraogo, Natalie Roos, Wahabou Sanfo, Isabelle Sanon/Bicaba, Djénéba Sanon/Ouedraogo, Salmata Sanou, Béatrice Sawadogo, Edmonde P. Sawadogo, Ramatou Sawadogo, Mariam Tiemtore, Souleymane Zan, Aoua Zerbo, Georgette Zerbo, Céline Zoubga, Aliqueta Zoure

Burundi : Delphine Arakaza, Prosper Bigirimana, François Busogoro, Georges Gahungu, Fabrice Kakunze, Yolande Magonyagi, Jeanne Marie Nahimana, Rose Simonne Ndayiziga, Bernadette Nkanira

Cambodge : Sveng Chea Ath Chhay, Rada Ing, Phuong Keat, Sambo Mey, Sano Phal, Sokun Sok, Rathavy Tung

Cameroun : Hortense Atchoumi, Nicole Eteki, Serge Eyebe Eyebe, Assumpta Kechia, Samuel Kingue, Emile Mboudou, Françoise Nissack

Chine : Ning Feng, Ying Liu, Jiong Peng, Chumen Wen

Comores : Hissani Aboubacar, Mahamoud Said

Congo : Jeannette Biboussi, Bruno Bilombo, Patrick Bondoumbou, Fabrice Bowamboka, Servais Capo-Chichi, Berthe Dzinga Nguimbi, Anna Fagot, Tanguy Fouemina, Nazaire Roger Issie, Clautaire Itoua, Jean Claude Kala, Philippe Kombo, Jean Blaise Koundika, Marie Fanny Lolo, Jacques Mabilia, Yvette Mavoungou, Michel Mbemba Moutounou, André Mbou, Gaston Mbou Goubili, Jules Cesar Mokoko, Zéphirin Abel Moukolo, Joseph Moutou, Henriette Mpassy Tousseho, Virginie Ndzemba, Jean Pierre Michel Nzondault, Marcellin Ngambou, Rachel Nguouoni, Adrienne Nguekele, Victorine Nkala, Justin Ongoyohi, Clémence Otilibili Ngoma, Paul Oyere Moke, Fabienne Rimteta, Marie Soulie, Bedi Toyo, Marie Gisele Tsiabola, Yolande Voumbo

Congo, République démocratique du : Esperance Ababa, Désiré Bapitani, Marcel Baroani, Jean Baptiste Baruani, Blaise Belesi, Marie Rose Bodisa, Jean Jacques Bosali, Frederick Djunga Pame, Henriette Eke Mbula, Grégoire Hiombo, Ambrockha Kabeya, Céline Kanionga, Rachel Kaswera, Augustin Kiyoyo Belo, Jean-Pierre Lokonga, Louis Lubieno, Raymond Lufwa, Scolastique Mahindo, Nicasie Matoko, Victorine Mbadu, Rose Menga, Jean Pierre Moucka, Epiphanie Ngumbu, Pierre Ntumba, Guy Rammazani, Maurice Tingu Yaba, Beatrice Tshiala, Yvette Tshund'olela, Wivine Yenga

Corée, République populaire démocratique de : Nazira Artykova, Fatima Gohar, Sathyanarayana Kundur

Côte d'Ivoire : Eliane Abhé Gngangan, Laetitia Achi, Evelyne Akaffou, Boa Akandan Edith, Virginie Akunin, Danho Simplicie Anongba, Djénéba Boro, Camara D, Anongba Danho Simplicie, Abhe Gngangan Eliane, Adou Hervé, Dibo Amany Essam, Antoinette Kansah, Victor Kassi, Isabelle Akoua Koffi, Seidou Koné, Privat Kouakou, Christine Kouakou, Alphone Kouakou Kouamé, Hortance Kouamé, Arthur Kouamé, Kouakou Raymond Kouamé, Amadou Ouattara Liagui, Dia Loukou, Koné Mamadou, Messo Ménin, Boston Mian, Affoué N'Guessan, Antoinette N'Guessan née Ouattara Tiékhou, Hortense N'Guessan née Ouattara, Benjamin Nambala, Rosalie N'Zi, Philomène Oulai-Bamba, Soumahoro Oulai, Geneviève Saki-Nekouressi, Essiagne Daniel Sess, Kadidia Sow, Degny Togbé Ida Anon, Kadidia Touré-Coulibaly, Anna Touré-Ecra, Christiane Welfens-Ekra, Ignace Yao, Bi Zehoua Yougoné

Djibouti : Assia Mola Ali, Kaltoum Houmed Asso, Rayana Bou Haka, Aicha Djama, Oubah Hassan Farah, Mariam Mohamed Kamil, Fato Mohamed Kassim

Égypte : Amal Abd El Hay, Ehab El Beltagi, Hala El Hennawy, Samia Fargaly, Magdy Khaled, Kawthar Mahmoud, Mohga Metwally, Mohamed Nour El Din, Sherin Saad, Kaima Said, Yasser Salah, Adel Shakshak, Alaa Sultan

Érythrée : Yordanos Mehari, Assefash Zehaie

Éthiopie : Ruman Abdurashid, Samuel Aberham, Azeb Admassu, Feven Alazar, Assamenew Assefa, Miftah Awei, Aster Berhe, Asmare Demilew, Mintwab Gelagay, Gebreamlak Gidey, Yezabinesh Kibe, Dorothy Lazaro, Tesfaye Negewo, Alemnesh Tekleberhan, Luwam Teshome, Aster Teshome, Elizabeth Wildeys, Zalalem Woubshet, Hiwot Wubshet

Gabon : Noelle Avomo, Aboubacar Inoua, Stoele Patricia Keba, Olga Mavoungou, Chantal Mbodi, Justine Mekui Ella, Jean François Meye, Mireille Nkoa, Kévine Leila Nzinga, Serge Yaya

Gambie : Alieu Jammeh, Bakary Jargo, Alhagie Kolley

Ghana : Mary Nana Ama Brantuo, Gladys Brew, Evans Danso, Fredrica Hanson, Joyce Jetuah, George Kumi Kyeremeh, Philomina Wooley

Guatemala : Daniel Frade, Alejandro Silva

Guinée : Binta Bah, Halimatou Bah, Jean-René Camara, Moussa Kantara Camara, Marie Conde, Adama Manyan Condé, Aissatou Condé, Apolinaire Delamou, Saliou Dian Diallo, Mohamed Faza Diallo, Houleymatou Diallo, Malal Diallo, Aboubacar Kaba, Toumany Keita, Enego Koivogui, Mamady Kourouma, Richard Kpamy, Sory Bantou Oulare, Fatoumata Gnélé Sow, Kadiatou Sy, Mbemba Traoré, Mohamed Lamine Yansané

Guinée-Bissau : Fernanda Alves, Alfredo Claudino Alves, Beti C., Luis Camala, Olga Campos, Silvio Coelho Caetano, Alfredo da Costa, Euclides dos Santos, Maria Aramatulai Injai, Agostinho Mbarco Ndumba, Augusto Viegas, Hamilton Viera Ferreira

Haïti : Ramiz Alakbarov, Amaida Augustin, Lourdes Belotte, Jean-Claude Cadet, Gilles Champetier de Ribbes, Marie Lucie Chaudry, Kettely Chevalier, Gishhaine D'Alexis, Nadege Daudier Denis, Evelyne Degraff, Ralph Dougé, Jacques Dulaurier, Florence Duperval Guillaume, Luterse Dupont, Marie Sheyla Durandisse, Jean Fanelise, Reynold Grand-Pierre, Jules Grand-Pierre, Maguie Philistin Guerrier, Joseph Herold, Patrice Honoré, Lucito Joanis, Erica Laforest, Claire Nicole Lebrun, Fritz Louis Andre Michel, Paul Madianite, André Megie, Mona Metellus, Gadener Michaud, Stéphane Michel, Fritz Moise, Rose Myrtha Evenou, Ginette Rivière, Jean-Louis Robert, Ifrene Rodeny, Marie Josée Salomon, Edvard Tassy, Youseline Telemaque, Yves Thermidor, Mireille Tribier, Jean-Baptiste Vardine, Ernst Viel, Valerio Vital-Herne, Henri-Claude Voltaire

Inde : Rashmi Asif, Ashok Agarwal, Dinesh Agarwal, Malalay Ahmadzai, Mohammad Ahsan, Rajni Bagga, Arun Bala, Himanshu Bhushan, Manju Chhugani, Dipa Nag Chowdhary, Bandana Das, P. Princy Fernando, Paul Francis, Medha Gandhi, Sandhya Ghai, Sunanda Gupta, Sukhwinder Kaur, Utplakshi Kaushik, Fareha Khan, Aparna Kundu, Josephine Littleflower, Frederika Meijer, Merlin, Madhuri Narayanan, Navita, Anchita Patil, Avinash K. Rana, Surekha Sama, Sheila Seda, Manju Shukla, Leila Caleb Varkey

Indonésie : Ms Deri, Rustini Floranita, Ms Hani, Ms Hayati, Elvira Liyanto, Trini Nurwati, Emi Taufik

Iraq : Wafa Abbas, Radouane Belouali

Îles Salomon : Wame Baravilala, Kathy Gapirongo, Jessie Larui, Pauline McNeil

Kenya : Batula Abdi, Annie Gituto, Margaret Kinyanzwii, Shiphrah Kuria, Joyce Lavussa, Louisa Muteti, Tabitha Mwangi, Agnes Nakato, Dan Okoro, Geoffrey Okumu, Zahida Qureshi

Kirghizistan : Aigul Boobekova, Elnura Boronbaeva, Kuban Monolbaev, Asel Orozalieva, Tatiana Popovitskaya, Nurgul Smankulova, Nurida Umetalieva, Bermet Usupov

Lao, République populaire démocratique : Anna af Ugglas, Kaisone Chounlamany, Sengmany Khambounheuang, Eunyong Ko, Alongkone Phengsavanh, Bounnack Saysanasongkham, Kopkeo Souphanthong, Somchanh Xaysida

Lesotho : Masechaba Moru, Thabelo Ramatlapeng

Libéria : Emilia Ayenaniz, Lucy Barh, Harriett Dolo, Musu Duworko, Musu Duworko, Comfort J. Gebeh, Cuallau Jabbeh-Howe, Yanquah Kargbo, Douboi G. Korkoyeh, Vachel Lake, Esther K. Lincoln, Maybe Garmai Livingstone, Nancy E. R. Masaline, Snoyonoh Miller, Cecelia Morris, Nancy T. Moses, Rex Moses, John Mulbah, Veronica Neblett Sifa, Salat A. Norris, Helena L. Nuahn, Linda Q. Nyansaiye, Tolbert Nyenswah, Philderald Pratt, Angela J. Sawyer, Marion Subah, Bentoe Zoogley Tehoungue, Mary W. Tiah, Anita S. Varney, Dina Wah Kapel, Shelly A. Wright, Anna K. Yse, Aliesa A. Zezay

Madagascar : Nivo Andriamampianina, Edith Boni Ouattara, Ginette Josia Rabefitia, Claire Raharinoro, Evelyne Rahevivololona, Heritiana Rakotoson, Haingo Ramananjahary, Mamihanitra Ramangakoto, Vallyne Rambelosen, Claudine Lala Ramiandrazafy, Herlyne Ramihantaniarivo, Masy Harisoa Ramiirijaona, Alain Gervais Ramorasata, Albert Randriamaramanana, Oméga Ranorolala, Haingolalao Rapatsalahy, Tatavy Amélie Rasoaniaretana, Dolorès Rasolompiakarana, Edwige Ravaomanana, Stella Ravelonarivo, Marie Georgette Ravoniarisoa, David Rosivel Ravoniarison

Malawi : Sheilla Bandazi, Harriet Chanza, Lilian Chimkono, Mable Chinkhata, Grace Hiwa, Felistas Kanthiti, Harriet Kapypye, F. Kathiti, Hlalapi Kunkeyani, Linyily Linyenga, Address Malata, Robert Mangwiro, Griffin Matemba, Rose Mazengera, Pilirani Msambati, Jasinth Mtengezo, Bettie Namale, John Nepiyala, Dorothy Ngoma, Gelian Nkhalamba, Flemmings Nkhandwe, Ann Phoya, Rose Wasili

Mali : Diouma Camara, Magassi Coulibaly, Sadio Diarra, Bocar Almodjine Djiteye, Benoît Karambiri, Fatoumata S. Maiga, Diahara Maïga

Mauritanie : Ould Mohamed Ahmedou, Thierno Ousmane Coulibaly, Mint Moulaye Fatimetou, Bellahi Marieme, Diagne Marième, Ould Eleyatt Mohamed, Ould Ahmedou Mohamed Lemine, Mohamed Boubacar Ould Abdel Aziz

Mexique : Amalia Ayala, Laura Cao, Javier Domínguez, Ricardo García, Araceli Gil, Guadalupe Hernández, Juana Jiménez, Guadalupe Landereche, Hilda Reyes, Maricruz Romero, Matthias Sachse, María Eugenia Torres, Miriam Veras

Moroc : Wafae Abdain, Laila Acharai, Lakhdar Amina, Drissia Anbouri, Bouchra Asarag, Alaoui Asmae, Aicha Ben Baha, Najat Baloui, Ouafae Belayachi, Moumena Benamar, Menana Boukalouche, Nisrine Bourfoune, Mouna Boussefiane, Lantry Chafika, Ahmed Chahir, Nisrine El Mabrouk, Jamila El Mendili, Sanae El Omrani, Sabah El Ouazzani, Rachida Fadil, Khadija Habibi, Touria Harizi, Souad Khachani, Malika Khayri, Aniss Lakhal, Bouchra Lambarek, Mohammed Lardi, Lhou Lioussfi, Hanane Masbah, Jabal Samira, Arhmad Soukayna, Mohammed Okhouya, Chaimae Rhiat, Khadija Sabbane, Malika Tibhiri, Cherifa Yahmi

Mozambique : Munira Abda, Gizela Azambuja, Cidália Baloi, Ana Lurdes Cala, Alicia Carbonell, Paulino Cassoceira, Marcelle Diane Claquin, Ana Maria Dai, Pilar de la Corte Molina, Aicha Issufo, Manuel Macebe, Maria Olga Matavel, Moisés Mazivila, Adelaide Mbebe, Luisa Panguene, Norton Pinto, Deolinda Sarmento, Mohin Sidat, Daniel Simone, Otilia Tualufo

Myanmar : Than Aye, Hla Hla Aye, Tin Maung Chit, Charlotte Sigurdson Chveistiansen, Nyunt Nyunt Han, Nang Khin Hla, Htay Htay Hlaing, San San Hlaing, Thinn Thinn Hmway, Hlaing Hlaing Htay, Kyu Kyu Khin, Nwe Nwe Khin, Khin Mar Kyi, Ohnmar Kyi, Su Su Lin, Hnin Hnin Lwin, Molly, Hsu Mon Aung, Ohn Ohn Mya, Yin Mya, Khin Aye Myint, Theingyi Myint, Phone Myint, Moe New, Pale Ou, Sanda, Myint Myint Than, Mya Thida, Khin Thida, Sarabibi Thuzarwin, Hla Mya Thway Einda, Khaing New Tin, Khin Myo Win, New Ni Win, Aye Su Su Win, Myo Yarzar

Népal : Kiran Bajracharya, Ischworid Devi Shrestha, Kerstin Erlandsson, Neera Thakur, Meera Thapa Upadhyay

Niger : Tchima Aboubakar, Yacouba Ali, Laouali Ali, Chaïbou Aminatou, Yaroh Asma Gali, Adamou Balkissa, Adambé Bintou, Boubacar Bobaoua, Altiné Bouli, Abdourahmane Brah, Siddo Moumouni Daouda, Amoul Kinni Ghaïchatou, Amadou Halimatou, Adamou Haoua, Maman Sani Hassane, Moussa Hassane, Chaïbou Ibrah, Adamou Kadi, Sadou Karidio, Abdoulwahab Karimatou, Yayé Katanga, Ibroh Kouboura Abba Moussa, Amadou Mariama, Mariama Pascal, Abdoul Rachid Fatima, Awal Ramatou, Ibrahim Ramatou, Alhassane Safia, Maimouna Saïdou, Guédé Salamaton, Zeinabou Saley, Ibrahim Souley, Mariko Souleymane, Gaoh Zaharatou, Oumarou Zaratou, Lancina Zeinabou

Nigéria : Aishatu Abubakar, Fred Achem, Gbenga Adelakin, Bose Adeniran, Olusegun Adeoye, Rose Samuel Agbi, Chris Agbogoroma, Uduak Akpan, Enema Job Amodu, Emilene Anakhuekha, Ronke Atamewalen, E. C. Azuike, Remi Bajomo, S.A. Bennibor, Ruth Bosede Daniel, Jean Damascene Butera, Dashe Dasogot, Oluloyo Ebenezer, Margaret Edison, E.A. Emedo, Omoru A. Eseagwu, Flora Etim, Tolu Fakeye, Tokumbo Farayi, Ayikobi Fatimah, Fagbamigbe O. Johnson, Shakuri Kadiri, Lanem Law Kuma, Fasehun Luther-King, Zainab T. Mahood, Fatima Farra Mairami, Philip Momah, Larry Obi Nwaka, Esther Obinya, Ansa Ogu, Bridget Okeke, V.O. Okinrolabu, Moji Okodugha, Bolaji Oladejo, Oluwadamilola Olaogun, Seyi Olujimi, A. O. Osuntogun, Taiwo Oyelade, Olusegun Oyeniya, Rabiata Sageer, Tunde Segun, Garba Sufianu, Joy Ufere, Jonathan Unutaro, Alheri Yusuf, Deborah Yusuf

Ouganda : Cecile Compaore, Esperance Fundira, Jeremiah Lwanga, Primo Madra, Joash Magambo, Zakayo Masereka Black, Disan Mugumya, Mary Gorret Musoke, Mercy Mwanje, Enid Mwebaza, Maria Najjemba, Sarah Namyalo, Ismail Ndifuna, Janet Obuni, Martin Opolot, Olive Sentumbwe, Collins Tusingwire, John Wakida, Sarah Wamala

Ouzbékistan : Zulfiya Atadjanova, Feruza Fazilova, Nodira Islamova

Pakistan : Jamil Ahmed, Nabeel Akhter, Nighat Durrani, Samia Hashim, Syed Yasir Hussain, Zafar Ikram, Humaira Irshad, Rafat Jan, Zareef Khanza, Fehmida Kousar, Arusa Lakhani, Najma Lalji, Mushtaq Memon, Clara Pasha, Najeeb Rehman, Hidayat Ullah, Wasim, Farzana Zulfiqar

Papouasie-Nouvelle-Guinée : Thelma Ali, Julie Dopsie, Gilbert Hiawalyer, Mary Kililo, Ornella Lincetto, Nina Pangiau, Jessica Yaipupu, Carmen Yakopa

Pérou : Gracia Subiria

République centrafricaine : Honé Sehuétio Aminata, Yolande Guendoko, Raymond Goula, Suzanne Onambebe, Abdoulaye Sepou, Awa Marie Christine Sepou Yanza

Rwanda : Glorioso Abayisenga, Ferdinand Bikorimana, Pandora Hardtman, Marie Lyesse Iribagiza, Marie Claire Iryanyawera, Jean Marie Mboniyintwali, Maria Mugabo, Juliet Mukankusi, Josephine Murekezi, Daphrose Nyirasafali, Marie Chantal Umulisa, Jovia Umuriza, Agnes Uwayezu, Marie Chantal Uwimana

Sao Tomé-et-Principe : Sonia Afonso, Jose Manuel Carvalho, Maria Elizabeth Carvalho, Pascoal D'Apresentação, Yonelma Daio, Maria Quaresma Dos Anjos, Natercia Fernandes, Guldier Afonso Malicia

Sénégal : Ndeye Amy Ndiaye Bathily, Binta Demba Sarr Athie, Arame Ndiaye Camara, Marie Francaoise Carvalho, Bocar Mamadou Daff, Boureima Diadie, El Hadji Diagne, Ndeye Fatou Ndiaye Diaw, Mariama Dieng, Seyni Konte Diop, Amassaid Diop, Cheikh Bamba Diop, Virginie Diouf, Ibrahim Soukendela Diouf, Codou Fall, Marieme Fall, Sophie Diop Fall, Elhadj Ousseynou Faye, Marieme Ba Gueye, Maimouna Seck Haidara, Heenghee, Selly Kane Wane, Christine Klauth, Mamadou Selly Ly, Maguette Mbaye, Goto Mino, Aissatou Gueye Ndecki, Nogoye Thiam Ndiaye, Madeleine Ndiaye Bocandé, Symphorien Ndione, Laty Gueye Ndoye, Doudou Sene, Fatim Tall, Fatou Toure

Sierra Leone : Zainab Blell, Frances Fornah, Hossinatu Mary kanu, Pity Florence Kanu, Elizabeth Lemor, Margaret Mannah-MacCarthy, Haja Fatmata Mansaray, Joan H. Shepherd

Somalie : Saleh Abdale Omar, Mohamed Abdi Farah, Osman Abdi Omar, Halima Abdi Sheikh, Mohamed Abdirahman Ibrahim, Naima Abdulkadir Mohamed, Hawa

Abdullahi Elmi, Suleyman Abdullahi Mohamed, Lordfred Achu, Mohamed Ahmed Muhamed, Abdikani Ali Ahmed, AbdiKarim Asseir Ali, Moxamed Axmed Jimale, Phocas Biraboneye, Marian Hassan Mohamad, Ahmed Moallim Mohamed, Fatuma Mohamed, Halima Mohamed Ali, Hassan Mohamad Abdule, Omar Mohamad Ibrahim, Lul Mohamad Mohamed, Rukia Mustaf Haji, Abdullahi Nor Mohamad, Juliana Nzau, Mariam Omar Salad, Efekey Samar, Abdulkadir Wehlye Afrah

Soudan : Sawsan Eltahir, Nada Gaafar, Nada Hamza, Insaf Hussein, Osama Ismail, Juliana Lunguzi, Mohammed Sidahmed

Soudan du Sud : Victoria Abua, Patrick Achiga, Tereza Achuei, Jemelia Sake Beda, Gillian Butts-Garnett, Lucia Buyanza, Joice Chrisp, Suzie Francis, Mary Rose Juwa, Jacqueline Kaku, Jane Kamau, Jennifer Kibicho, Siama Ladu, Janet Michael, Naseer Nizamani, Elizabeth Odinga, Antonina Oedena, Polly Grace Osua, Taban Patrick, Susan Poni, Grace Temah, Petronella Wawa

Swaziland : Dudu Dlamini, Nomathemba Ginindza, Bakhombisile Gumedze, Thembisile Khumalo, Sibusiso Lushaba, Phumzile Mabuza, Winnie Magagula, Zandile Masangane, Happiness Mkhathshwa, Ruth Mkhonta, Glory Msibi, Isabella Ziyane

Tadjikistan : Zuhro Abdurakhmanova, Gulbahor Ashurova, Salomudin Isupov, Bunafsha Jonova, Niolbe Khasanova, Said Kurbanov, Saidsho Nosirov, Zulfiya Pirova, Nargis Rakhimova

Tanzanie, République-Unie de : Felister Bwana, Asia Hussein, Theopista John Kabuteni, Frank Komba, Rose Laisser, Sebalda Leshabari, Chiku Lweno, Lucy Mabada, Ahmed Makuwani, Godson Maro, Lena Mfalila, Rose Mlay, Donan Mmbando, Stella Mpanda, Claverly Mpandana, Feddy Mwanga, Martha Rimoy, Gaudiosa Tibajuka, Ndemetria Vermand

Tchad : Garba Aminatou, Gambaye Christine, Dewala Deborah, Djamon Djakissam, Urbain Djelaou, Mahamat Malloum Fatime, Fatchou Gakaitangou, Dabsou Guidaoussou, Daniel Guira Dangar, Mariam Issaka, Fatchou Marada, Nekingalaou Nadjiri, Rostand Njiki, Adjougoulta Vealeto

Togo : Adjowa Héloïse Adandogou, Kodjovi Edotsè Adjeoda, Guy C. Ahialebedzi, Nadou Kouete, Ahlonkomba Aithnard, Adjoua D'almeida, Adjikè Assouma, Dankom Bakusa, Manzana Esso Bouloufei, Napo Dare, Kossi Deti, Piyalo Djafalo, Rodrigue Djitrinou, Lonlonko Ayaovi Gbadegbegnon, Tchaa Kadjanta, Binto Kassime, Kodjo Kissi, Estelle Kondi, Clarisse Koudadze, Ablavi Koulete, Kokou Kpeglo, Dzodzo Eli Kpelly, Nadou Lawson, Koffi Egnovor Logan, Bingo Kignomon M'Bortche, T. Kassouta N'Tapi, Adzoa Akpedze Nomenyo, Poovi Nouwodjro, Eralakaza Ouro Bitasse, Essokazim Pekemsi, Afiavi Sallah, Koffi Tekou, Marguerite Vovor

Turkménistan : Kemal Goshliyev, Bahtygul Karryeva

Viet Nam : Erken Arthur, Dat Van Duong, Bang Thi Hoang, Huyen Thi Thanh Le, Hong Thi Luu, Hanh Thi Xuan Nghiem, Khan Cong Nguyen, Takeshi Takai

Yémen : Nasser Al-Akhram, Nagiba Al-Shawafi, Nageeb Alhomikany, Taha Almahbashi, Fatoom Nooraldeen, Souad Saleh, Areej Taher, Afrah Thabet, Areej Taher

Zambie : Collins Chansa, Media N. Chikwanda, Emily Chipaya, Elizabeth Kalunga, Brivine kalunga, Sarai Bvulani Malumo, Ndubu Milapo, Universe Mulenga, Genevieve Musokwa, Sarah Shankwaya, Bellington Vwaalika

Zanzibar : Ruzuna Abdulrahim, Ali, Ali Kassim Amour, Ramadhan Chande, Mvita H. Haji, Ramadhan Hamza, Valeria Haroub, Ghanima Juma, Juma Rajab Juma, Asma Khamis, Khadija Khamis, Salama K. Khamis, Wanu Khamis, Subira Khatib, Kassim Kirobo, Rose Moh'd, Yahya Msellem, Mwatoum Mussa, Azzah Nofly, Julia Ruben, Talaa M. Said, Sharifa Salmin, Ali Suleiman, Abdul-Rahman Taha, Salma Yussuf

Zimbabwe : Cynthia Chasokela, Lilian Dodzo, Noriko Kadomoto, Trevor Kanyowa, Agnes Makoni, Rose Mary Marck-Katumba, M.N. Mothobi, Edwin Tobias Mpete, Jane Mudyara, Margaret Nyandoro, David Okello, Basile Oleko Tambashe

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CHAPITRE 1

1. Ki-moon B. Une vie de dignité pour tous : accélérer les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et dans la définition du programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015. Rapport du Secrétaire général (A/68/202). New York : Nations Unies, 2013.
2. OMS. Résolution WHA64.9. Structures durables de financement de la santé et couverture universelle. Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 24 mai 2011. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2011.
3. Nations Unies. Santé mondiale et politique étrangère. Soixante-septième session, Point 123 de l'ordre du jour. A/67/L.36. New York : Nations Unies, 2012.
4. United Nations Foundation. About Every Woman, Every Child, 2013. Disponible à <http://www.everywomaneverychild.org/about> (consulté le 31 mars 2014).
5. Second Global Midwifery Symposium Outcome Statement: "Strengthening quality midwifery care: Making strides, addressing challenges". Kuala Lumpur, 2013. Disponible à [https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/Symposium Joint Declaration.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/Symposium%20Joint%20Declaration.pdf) (consulté le 31 mars 2014).
6. UNFPA. La pratique de sage-femme dans le monde 2011 : Naissances réussies, vies sauvées. New York : Fonds des Nations Unies pour la population, 2011.
7. Mulherin T. The state of the world's midwifery 2011: "Results story". Barcelona: ICS Integrare, 2013.
8. WHO, UNICEF. Countdown to 2015: Building a future for women and children. The 2012 report. Washington DC: World Health Organization and United Nations Children's Fund, 2012. Disponible à <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-Complete.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
9. PMNCH. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2011.
10. UNFPA. Programme d'action, in Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994. Fonds des Nations Unies pour la population, 2004.
11. Global Health Observatory. Child mortality levels: Number of deaths (thousands) Data by country. Disponible à: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMort-1?lang=en> (consulté le 1er mai 2014).
12. Guttmacher Institute, calculs spéciaux de données d'après : Singh S, Darroch JE and Ashford LS. Adding it up: The need for and cost of maternal and newborn care—estimates for 2012. New York: Guttmacher Institute, 2013. Disponible à <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-MNH-2012-estimates.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
13. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis. *Lancet* 2011; 377:1319–30.
14. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: World Health Organization, 2014.
15. United Nations Population Division. World Population Prospects : The 2012 Revision. New York: United Nations, 2012.
16. Campbell J, Dussault G, Buchan J, et al. A universal truth: No health without a workforce. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health (Recife, Brazil). Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013.
17. OMS. Thèmes de santé : Soins obstétricaux. Disponible à <http://www.who.int/topics/midwifery/fr/> (consulté le 7 octobre 2013).
18. National Center for Biotechnology Information. "Midwifery": medical subject heading. Disponible à: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/Db=mesh&term=Midwifery> (consulté le 31 mars 2014).
19. Leap N. Woman-centred or women-centred care: Does it matter? *Br J Midwifery* 2009; 17(1).
20. Downe S. Towards salutogenic birth in the 21st Century. In: Walsh D, Downe S, editors. *Midwifery practice: Intrapartum care*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
21. Downe S, McCourt C. From being to becoming: Reconstructing childbirth knowledges. In: Downe S, editor. *Normal birth, evidence and debate*. 2nd ed. Oxford: Elsevier, 2008.
22. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res* 2012; 22(7):897–910.
23. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for child-bearing women. *Cochrane database Syst Rev* 2013; 8:CD004667.
24. ICM. Définition internationale de la sage-femme selon l'ICM (revue en juin 2011). La Haye : International Confederation of Midwives, 2011.
25. ICM. Normes globales de formation des sages-femmes (2010). International Confederation of Midwives, 2011. Disponible à http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/French/Normes%20Globales%20de%20Formation%20des%20sages%20Femmes_Amended2013_FR.pdf (consulté le 31 mars 2014).
26. ICM. Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme 2010 (Révisées en 2013). La Haye : International Confederation of Midwives, 2013.
27. ICM. Normes globales pour la réglementation de la pratique de sage-femme. La Haye : International Confederation of Midwives, 2011.
28. ICN. Nature and scope of practice of nurse-midwives. Position statement. Geneva: International Council of Nurses, 2007.
29. WHO. Models and tools for health workforce planning and projections. Human Resources for Health Observer, 3. Geneva: World Health Organization, 2010.
30. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy Plan* 2005; 20(5):267–76.
31. WHO. Estimating the cost of scaling-up maternal and newborn health interventions to reach universal coverage: Methodology and assumptions. Technical working paper. Geneva: World Health Organization, 2005.
32. Bärnighausen T, Bloom DE, Humair S. A mathematical model for estimating the number of health workers required for universal antiretroviral treatment. Working Paper 15517. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2009. Disponible à: http://www.nber.org/papers/w15517.pdf?new_window=1 (consulté le 31 mars 2014).
33. Scheffler R, Fulton B. Needs-based estimates for the health workforce. In: Soucat A, Scheffler R, Donald K, editors. *The labor market for health workers in Africa: A new look at the crisis*. Washington DC: World Bank, 2013. Disponible à <http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821395554> (consulté le 11 août 2013).
34. Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, et al. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: A modelling approach. *Lancet* 2012; 380: 1341–51.

CHAPITRE 2

1. PMNCH. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2011.
2. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Geneva: World Health Organization; 2014.
3. Mbizvo MT, Say L. Global progress and potentially effective policy responses to reduce maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2012 Oct;119 Suppl:S9–12.
4. Bustreo F, Say L, Koblinsky M, Pulum TW, Temmerman M, Pablos-Méndez A. Ending preventable maternal deaths: the time is now. *Lancet Glob Heal* 2013.
5. Healthy Newborn Network. Newborn numbers. 2014. Disponible à <http://www.healthynetwork.org/page/newborn-numbers> (consulté le 31 mars 2014).
6. OMS. Point de l'ordre du jour provisoire A67/21. Chaque nouveau-né : projet de plan d'action pour mettre fin aux décès évitables. Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 2 mai 2014. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2014.
7. OMS. Résolution WHA58.31. Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 25 mai 2005. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005.
8. OMS. Résolution WHA64.13. Vers une réduction de la mortalité périnatale et néonatale. Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 24 mai 2011. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2011.
9. OMS. Résolution WHA64.9. Structures durables de financement de la santé et couverture universelle. Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 24 mai 2011. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2011.
10. Ahoobim O, Altman D, Garrett L, Hausman V, Huang Y. The New Global Health Agenda: Universal Health Coverage. New York: Council on Foreign Relations; 2012 p. 1–23.
11. Mulherin T. The State of the World's Midwifery 2011: "Results Story." Barcelona, Spain; 2013.
12. WHO. Every woman every child: Strengthening equity and dignity through health. The Second Report of the independent Expert Review Group (IERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: World Health Organization, 2013.

13. Tatem AJ, Campbell J, Guerra Arias M, de Bernis L, Moran A, Matthews Z. Mapping for maternal and newborn health: the distributions of women of childbearing age, pregnancies and births. *Int J Health Geogr* [Internet]. 2014;13(2). Disponible à <http://www.ij-healthgeographics.com/content/13/1/2>
14. United Nations Population Division. World population prospects, 2012 revision. New York: United Nations; 2012.
15. Futures Institute. OneHealth Model: Intervention Treatment Assumptions [Internet]. Glastonbury, CA.; 2013. Disponible à <http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention Assumptions 2013 9 28.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
16. ICM. Normes globales 2010 de formation des sages-femmes. International Confederation of Midwives; 2011. Disponible à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/fr/fr_ICM_2011_Global_Standards_for_Midwifery_Education_2010-CompanionGuidelines.pdf (consulté le 31 mars 2014).
17. ICM. Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme 2010 (Révisées en 2013). La Haye : International Confederation of Midwives, 2013.
18. ICM. Normes globales pour la réglementation de la pratique de sage-femme. La Haye : International Confederation of Midwives, 2011.
19. WHO Regional Office for Africa. Guidelines for evaluating basic nursing and midwifery education and training programmes in the African region. Brazzaville: World Health Organization, 2007.
20. WHO. Regional Office for Africa. Consensus on essential competencies of skilled attendant in the African Region. Brazzaville: World Health Organization, 2006.
21. WHO. Background paper for the Technical Consultation on Effective Coverage of Health Systems. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
22. Colston J. The Use of Effective Coverage in the Evaluation of Maternal and Child Health Programs: A Technical Note for the IDB's Social Protection and Health Division. Report No.: IDB-TN-280. Washington DC: Inter-American Development Bank, 2011. Disponible à <http://idb-docs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36279205> (consulté le 31 mars 2014).
23. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;56(2):295-303.
24. Nations Unies. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (§ 12). New York : Nations Unies; 2000. Disponible à <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4538838d0.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
25. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Heal Organ*. 2013;91:853-63.
26. Cometto G, Campbell J, Sheikh MR. Human resources for health: critical for effective universal health coverage. *World We Want 2015*, 2012. Disponible à <http://www.worldwewant2015.org/node/298618> (consulté le 31 mars 2014)
27. Campbell J, Cometto G, Sheikh MR. Human Resources for Health, Universal Health Coverage and Healthy Life Expectancy: Framing the contemporary agenda for HRH. Geneva, Switzerland; 2013. Report No.: March 2013.
28. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra-Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013.
29. Collins T. Some Leading Practices in Equitable Sexual and Reproductive Health Service Provision from Zambia. London: HLSP; 2012.
30. James AJ, Collins T. Achieving Equity in Skilled Birth Attendance: Malawi. London: HLSP, 2012. Disponible à <http://www.hlsp.org/Home/Resources/EquityinSBAMalawi.aspx> (consulté le 31 mars 2014).
31. Campbell J. Midwifery Workforce: Present and future challenges for quality care + quality care providers. Presentation. Women Deliver, Kuala Lumpur, May 2013. Barcelona: ICS Integre, 2013.
32. Bengoa R, Kawar R, Key P, et al. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization, 2006.
33. WHO. Workload Indicators of Staffing Need: User's manual [Internet]. Geneva, Switzerland.; 2010. Disponible à http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500197_users_eng.pdf
34. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendation for Integration into National Health Systems. Geneva: World Health Organization and the Global Health Workforce Alliance; 2010.
35. WHO. Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification [Internet]. Geneva: World Health Organization; Disponible à http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf (Consulté le 31 mars 2014).
36. WHO. WHO Human Resources for Health Minimum Data Set. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponible à <http://www.hrhresourcecenter.org/node/2230> (consulté le 31 mars 2014).
37. Riley PL, Zuber A, Vindigni SM, et al. Information systems on human resources for health: a global review. *Hum Resour Health* 2012 10(1):7.
38. Windau-Melmer, T. Advocacy approaches to promote midwives and the profession of midwifery: Brief. Washington, DC: Health Policy Project, 2010.
39. CARMMA/African Union. The Mama Afrika Award [Internet]. 2012. Disponible à <http://www.carmma.org/update/mama-afrika-award>
40. Nations Unies. Pour un nouveau partenariat mondial : vers l'éradication de la pauvreté et la transformation des économies par le biais du développement. Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau chargé du programme de développement de l'après-2015. New York : Nations Unies, 2013.
41. WHO. Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. 2014.
42. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2006.
43. Gething PW, Johnson FA, Frempong-Ainguh F, et al. Geographical Access to Care at Birth in Ghana: a Barrier to Safe Motherhood. *BMC Public Health* 2012; 12:991.
44. Bailey PE, Keyes EB, Parker C, et al. Using a GIS to model interventions to strengthen the emergency referral system for maternal and newborn health in Ethiopia. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 115(3):300-9.
45. Ebener S, Guerra-Arias M, Campbell J, Tatem AJ, Moran A, Johnson FA, et al. The Geography of Maternal and Newborn Health: the State of the Art. 5th International Conference on Health GIS. Bangkok; 2013.
46. UNICEF, UNFPA, OMS. Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des soins obstétricaux. New York: Fonds des Nations Unies pour l'enfance; 1997.
47. Gabrysch S, Zanger P, Campbell OMR. Emergency obstetric care availability: a critical assessment of the current indicator. *Trop Med Int Heal* 2012; 17(1):2-8.
48. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
49. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations [Internet]. Geneva, World Health Organization, 2010. Disponible à <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html> (consulté le 31 mars 2014).
50. WHO. Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO Guidelines 2013. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponible à http://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/WHO_Edu-Guidelines_20131202_high_print.pdf (consulté le 31 mars 2014).
51. PMNCH, WHO. A Policy Guide for Implementing Essential Interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH): A Multisectoral Policy Compendium for RMNCH. Geneva, World Health Organization, 2014. Disponible à http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy_compendium.pdf?ua=1 (consulté le 31 mars 2014).
52. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005.
53. OMS. Optimisation du rôle du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012.
54. Khan KS, Wojdyla D, Say L, et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006;367(9516):1066-74.
55. PMNCH. Newborn death and illness. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponible à http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborndeath_illness/en/ (consulté le 31 mars 2014)
56. Matthews Z, Channon A, Neal S, et al. Examining the "urban advantage" in maternal health care in developing countries. *PLoS Med* 2010; 7(9).
57. Kunst AE, Houweling T. A Global Picture of Poor-Rich Differences in the Utilisation of Delivery Care. In: Van Lerberghe W, De Brouwere V, editors. *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence Studies in Health Services Organization and Policy*. Antwerp: ITG Press; 2001.
58. Evans DB, Saksena P, Elovainio R, Boerma T. Measuring Progress towards Universal Coverage. Geneva: World Health Organization, 2012.
59. WHO, World Bank. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework. Geneva: World Health Organization. Disponible à http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/UHC_WBG_DiscussionPaper_Dec2013.pdf (consulté le 31 mars 2014).
60. Channon AA, Neal S, Matthews Z, Falkingham J. Maternal health inequalities over time: is there a common pathway? *World We Want 2015*, 2012. Disponible à <http://www.worldwewant2015.org/node/283339> (consulté le 31 mars 2014).
61. Graham WJ, McCaw-Binns A, Munjanja S. Translating Coverage Gains into Health Gains for All Women and Children: The Quality Care Opportunity. *PLoS Med* 2013; 10(1):1-3.

62. Frenz P, Delgado I, Kaufman JS, Harper S. Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. *Heal Policy Plan* 2013.
63. Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, et al. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. *Lancet* 2012;380:1341-51.
64. Chopra M, Sharkey A, Dalmiya N, et al. Equity in Child Survival, Health and Nutrition 1: Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition. *Lancet* 2012;380(9850):1331-40.
65. Bhutta ZA, Reddy S. Achieving Equity in Global Health: So Near and Yet So Far. *J Am Med Assoc* 2012; 307(19):2035-6.
66. Victora CG, Barros AJD, Axelson H, et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet* 2012; 6736(12):1-8.
67. Brearly L, Marten R, O'Connell T. Universal Health Coverage: A commitment to close the gap. London: Save the Children, 2013.
68. ICM Communications. Formal Event for SOWMy Data Collection. Int. Confed. Midwives Blog. 2014. Disponible à <http://www.internationalmidwives.org/blog/2014/04/15/state-of-the-worlds-midwifery-afghanistan/> (consulté le 30 avril 2014).
69. ICM Communications. Midwives of Togo organize SOWMy process. Int. Confed. Midwives Blog. 2014. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/blog/2014/02/26/state-of-the-worlds-midwifery-sowmy/> (consulté le 30 avril 2014).
70. Nations Unies. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de sante susceptible d'être atteint (§ 12). New York : Nations Unies; 2000. Disponible à <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4538838d0.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
71. IIMMHR. Human rights-based approaches to maternal mortality reduction efforts. International Initiative on Maternal Mortality and Human Rights, 2010. Disponible à <http://rightmaternalhealth.org/sites/iimmhr.civicaactions.net/files/IIMMHR%20Field%20project%20booklet.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
72. WRA. Respectful Maternity Care Charter. Washington DC: White Ribbon Alliance, 2011.
73. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis [Internet]. Washington D.C. USAID-TRAction Project; 2010. Disponible à <http://www.urc-chs.com/uploads/resourceFiles/Live/RespectfulCareatBirth9-20-101Final.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
74. The Population Council. Confronting disrespect and abuse during childbirth in Kenya: The Heshima Project. Project Brief, 2014. Disponible à http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2014RH_HeshimaBrief.pdf (consulté le 31 mars 2014).
75. Quality of care in pregnancy and delivery in Kanakapura Taluk, India, Belaku Trust, December 2013. [Inédit. Communication personnelle de Charlotte Warren, Population Council].
76. Kilaru A, Ganapathy S, Karachiwala B. Quality of care in obstetric services in rural South India: evidence from two studies with gap of ten years. *BMC Proc* 2012; 6(Suppl 1):O2.
77. Kruk ME, Paczkowski M, Mbaruku G, et al. Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: a population-based discrete choice experiment. *Am J Public Health* 2009; 99(9):1666-72.
78. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Study of health care seeking practices of pregnant women in Cape Town. MRC Technical Report. Cape Town: Medical Research Council, 1998.
79. Kayongo M, Esquiche E, Luna MR, et al. Strengthening emergency obstetric care in Ayacucho, Peru. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 92(3):299-307.
80. Newman C. Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce. *Hum Resour Health* 2014; 12: 25.
81. Miller S, Cordero M, Coleman AL, et al. Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. *Int J Gynaecol Obs* 2003; 82(1):89-103.
82. Hulton L, Matthews Z, Stones R. A framework for the evaluation of quality of care in maternal services. Southampton: University of Southampton; 2000.
83. ICM. Outil d'évaluation des capacités des associations membres. La Haye : Confédération internationale des sages-femmes, 2011. Disponible à <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/MACAT%20FRE.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
- CHAPITRE 3**
1. PMNCH. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2011.
2. OMS. Qu'est-ce que la couverture universelle ? 2014. Disponible à http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/ (consulté le 31 mars 2014).
3. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; 382:1898-955.
4. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new global investment framework. *Lancet* 2013; 382:1898-955.
5. World Bank. Global monitoring report 2013: Rural-urban dynamics and the Millennium Development Goals. Washington, DC: World Bank, 2013.
6. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008.
7. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010.
8. O'Connell T, Rasanathan K, Chopra M. What does universal health coverage mean? *Lancet*. 2014; 383:277-9.
9. Quick J, Jay J, Langer A. Improving women's health through universal health coverage. *PLoS Med* 2014; 11(1):e1001580.
10. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
11. UNDP. People's voices. Issue brief to the Sustainable Development Goals Open Working Group. Geneva: United Nations Development Programme, 2014.
12. Future health systems. Future health markets: A meeting statement from Bellagio. Rockefeller Foundation, 2012. Disponible à <http://www.futurehealthsystems.org/storage/publications/project-docs/bellagio-future-health-markets-statement-final.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
13. Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. New York : Nations Unies, 2012.
14. WHO. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations. [Résumé analytique en français: Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : orientations et recommandations.] Geneva: World Health Organization, 2014.
15. FHI 360. Gender integration framework: How to integrate gender in every aspect of our work. Durham, NC: FHI 360, 2012.
16. WHO. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. [Résumé disponible en français: Directives de l'OMS. Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement.] Geneva, 2011.
17. Bollinger R, Chang L, Jafari R, et al. Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. *Bull World Heal Organ* 2013; 91(11):890-2.
18. Landry MD, Hastie R, Oñate K, et al. Attractiveness of employment sectors for physical therapists in Ontario, Canada (1999-2007): implication for the long term care sector. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:133.
19. Buchan J. Reviewing the benefits of health workforce stability. *Hum Resour Health* 2010; 8(1):29.
20. Greenhill R, Prizzon A. Who foots the bill after 2015? What new trends in development finance mean for the post-MDGs. ODI Working Papers, 360. 2012. Disponible à <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7905.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
21. Horton R, Lo S. Investing in health: why, what, and three reflections. *Lancet* 2013; 382:1859-61.
22. Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. New York : Nations Unies, 2010.
23. Fondation des Nations Unies. Chaque femme, chaque enfant, 2013. Disponible à <http://www.everywomaneverychild.org/about>. New York : Nations Unies, 2012 (consulté le 31 mars 2014).
24. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Tenir les promesses, mesurer les résultats. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2011.
25. IERG. Every Woman, Every Child: from commitments to action: the first report of the independent Expert review group (IERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: World Health Organization; 2012.
26. IERG. Every Woman, Every Child: Strengthening Equity and Dignity through Health: the second report of the independent Expert Review Group (IERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. [Résumé d'orientation disponible en français.] Geneva: World Health Organization; 2013.
27. Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants. Rapport des commissaires. New York : Nations Unies; 2012.
28. OMS et OMM. Atlas de la santé et du climat. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2012.

29. Stuckler D, Feigl AB, Basu S, McKee M. The political economy of universal health coverage: Background paper. Montreux, Switzerland: Global Symposium on Health Systems Research; 2010.
30. WHO. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization, 2013.
31. Center for Reproductive Rights. ICPD and human rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform. New York: UNFPA, 2013. Disponible à http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2013/icpd_and_human_rights_20_years.pdf (consulté le 31 mars 2014).
32. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
33. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database Syst Rev.* 2013; 8:CD004667.
34. Kruske S, Kildea S, Barclay L. Cultural safety and maternity care for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians. *Women and Birth* 2006;19(3):73.
35. Sibley LM, Sipe TA, Koblinsky M. Does traditional birth attendant training increase use of antenatal care: a review of the evidence. *J Midwifery Women's Heal* 2004;298-305.
36. Homer CSE, Lees T, Stowers P, et al. Traditional birth attendants in Samoa: Integration with the formal health system. *Int J Childbirth Educ* 2012;2(1):5-11.
37. Chomat A, Solomons N, Montenegro G, et al. Maternal health and healthseeking behaviors among indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 35(2):113-20.
38. Barclay L, Aiavao F, Fenwick J, et al. Midwives' tales: Stories of traditional and professional birthing in Samoa. Nashville: Vanderbilt University Press; 2005.
39. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, et al. Caseload midwifery care for women of all risk compared to standard hospital care: a randomized controlled trial. *Lancet* 2013;382(9906):1723-32.
40. ten Hoop-Bender P. Continuity of maternity care for all women. *Lancet* 2013;382(9906):1685-7.
41. Devane D, Brennan M, Begley C, et al. Socioeconomic Value of the Midwife: A systematic review, meta-analyses, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care. London: The Royal College of Midwives Trust; 2010.
42. Stewart M, McCandlish R, Henderston J, Brocklehurst P. Review of evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwife-led birth centre, and outcomes for their babies. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, 2004.
43. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005.
44. International Confederation of Midwives (ICM). Education, Regulation and Association. Disponible à <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-regulation-association/>
45. Brodie P. Midwifing the midwives: Addressing the empowerment, safety of, and respect for, the world's midwives. *Midwifery* 2013;29(10):1075-6.
46. Sullivan K, Lock L, Homer C. Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one Area Health Service in New South Wales, Australia. *Midwifery* 2011;27:331-335.
47. Sandall J. Midwives' burnout and continuity of care. *Br J Midwifery* 1997;5(2):106-11.
48. McCarthy CF, Voss J, Salmon ME, et al. Nursing and midwifery regulatory reform in east, central, and southern Africa: a survey of key stakeholders. *Hum Resour Health* 2013; 11(1):29.
49. Samb B, Celletti F, Holloway J, et al. Rapid Expansion of the Health Workforce in Response to the HIV Epidemic. *N Engl J Med* 2007; 357(24):2510-4.
50. Cadée F, Perdok H, Sam B, et al. "Twin2twin" an innovative method of empowering midwives to strengthen their professional midwifery organisations. *Midwifery* 2013; 29(10):1145-50.
51. ICM. Twinning as a Tool for Strengthening Midwives Associations: Operational Manual. The Hague: International Confederation of Midwives; 2014.
52. Kruk ME, Herosilla S, Larson E, Mbaruku GM. Bypassing primary care clinics for childbirth: A cross-sectional study in the Pwani region, United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2014; 92:246-53.
53. Campbell J, Dussault G, Buchan J, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013.
54. Conway S, Surka S, Campbell J. A connected health workforce: an innovation brief. Barcelona: ICS Integrare, 2014.
55. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
56. Lewis G. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer :2006-08. The eighth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011; 118(Suppl. 1):1-203.
57. WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3). Geneva: World Health Organization; 2010.
58. Leap N. Woman-centred or women-centred care: does it matter? *Br J Midwifery* 2009; 7(1):12-6.
59. WRA. Respectful Maternity Care Charter. Washington DC: White Ribbon Alliance; 2011.
60. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet* 2012; 380(9837):111-25.
61. Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. *Lancet* 2012; 380(9837):165-71.
62. Osotimehin B. Family planning save lives, yet investments falter. *Lancet* 2012; 380(9837):82-3.
63. Evans T. Value for Money Assessment: Community-based Midwifery Diploma Program. The World Bank; 2013.
64. Homer CS, Matha D V, Jordan LG, et al. Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis. *Aust Heal Rev* 2001; 24(1):85-93.
65. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet* 2013; 381(9878):1642-52.
66. Family Planning 2020. London Summit on Family Planning I Overview, 2012. Disponible à http://www.familyplanning2020.org/images/content/old_site_files/London-Summit-Family-PlanningOverview_V1-14June.pdf (consulté le 31 mars 2014).
67. High Level Task Force for ICPD. Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014. New York: UNFPA; 2014.
68. WHO. Optimize MNH. WHO Recommendations for Optimizing Health Workers Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Interventions through Task Shifting. Geneva: World Health Organization; 2012.
69. ICM. Normes globales de formation des sages-femmes (2010), amendées en 2013. La Haye : International Confederation of midwives, 2013.
70. WHO. Global recommendations for the retention of health workers. World Health Organization, Geneva, 2010.
71. Friedman HS. How much does it cost to educate midwives? [Internet]. New York; 2011. Disponible à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/background_papers/21_FriedmanH_EducationCosts.PDF (consulté le 31 mars 2014).
72. ICM. Vision et Mission de l'ICM. International Confederation of Midwives; 2012. Disponible à <http://www.internationalmidwives.org/global/francais/> (consulté le 31 mars 2014).
73. International Federation of Gynecology and Obstetrics: Vision and mission statement. 2014. Disponible à <http://www.figo.org/about/mission> (consulté le 31 mars 2014).
74. International Pediatric Association: Mission and objectives. Disponible à <http://www.ipa-world.org/page.php?id=141> (consulté le 31 mars 2014).
75. International Council of Nurses: Our mission. Disponible à <http://www.icn.ch/about-icn/icns-mission/> (consulté le 31 mars 2014).
76. UNFPA. La pratique de sage-femme dans le monde 2011 : Naissances réussies, vies sauvées [Internet]. New York : Fonds des Nations Unies pour la population; 2011.
77. Lawn JE, Kinney M. Stillbirths: An Executive Summary for The Lancet's Series. *Lancet* 2011. Disponible à <http://download.thelancet.com/flat-content/assets/series/stillbirths.pdf> (consulté le 31 mars 2014).
78. ONUSIDA. Compte à rebours jusqu'à zéro: Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2011.
79. OMS. Cibles mondiales 2025 pour améliorer la nutrition. Disponible à http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/fr/ (consulté le 31 mars 2014).
80. UNICEF. Committing to Child Survival: A Promise Renewed. New York: United Nations Children's Fund, 2012.
81. Bustreo F, Say L, Koblinsky M, et al. Ending preventable maternal deaths: the time is now. *Lancet Glob Heal* 2013; 1:e176-e177
82. OMS et UNICEF. Chaque nouveau-né : un plan d'action pour mettre fin aux décès évitables (version préliminaire). Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014.
82. OMS. Point de bordre du jour provisoire A67/21. Chaque nouveau-né : projet de plan d'action pour mettre fin aux décès évitables. Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 2 mai 2014. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014.
83. Speybroeck N, Kinfu Y, Poz MRD, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Geneva: World Health Organization, 2006.

Acceptabilité (des services de santé) : Composante du droit à la santé qui exige que tous les établissements, biens et services de santé soient respectueux de la déontologie médicale et appropriés sur le plan culturel, ainsi que réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie [1].

Acceptabilité (du personnel de santé) : Caractéristiques du personnel de santé et capacités de celui-ci de traiter tout le monde avec dignité, d'inspirer confiance et de permettre ou de favoriser la demande de services [2].

Accessibilité (des services de santé) : Composante du droit à la santé qui exige que tous les établissements, biens et services de santé soient accessibles à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent : non-discrimination; accessibilité physique; accessibilité économique (abordabilité); accessibilité de l'information [1].

Accessibilité (du personnel de santé) : Possibilité équitable d'accéder aux agents de santé, notamment en termes de temps de déplacement et de moyens de transports, d'heures de service et de présence correspondante du personnel, d'aménagements de l'infrastructure pour les personnes handicapées, de mécanismes d'orientation et des coûts directs et indirects des services, tant formels qu'informels [2].

Accoucheur/accoucheuse qualifié(e) : Selon la définition de l'OMS, un professionnel de santé accrédité (une sage-femme, un médecin ou un/une infirmier(ère) qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum immédiat normaux (sans complication) et sait identifier, traiter ou, si besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications [16].

Agent de santé communautaire : Selon la définition de l'OMS, les agents de santé communautaires (ASC) doivent appartenir à la communauté au sein de laquelle ils travaillent, être choisis par elle, être responsables devant elle de leurs activités, bénéficier du soutien du système de santé sans faire nécessairement partie de son organisation, et recevoir une formation de plus courte durée que celle des membres titulaires des services de santé [5].

Agrément (ou accréditation) : Processus conçu pour vérifier la qualité pédagogique des programmes d'éducation et de formation, qu'ils soient nouveaux, en développement ou établis. Ce processus consiste généralement en un examen mené par les pairs ou par une tierce partie au regard de normes/résultats définis [3].

Aptitudes (ou connaissances pratiques) : Savoir-faire acquis par la formation ou l'expérience qui permet d'exécuter certaines tâches ou certains actes, généralement associés à des fonctions ou à des techniques, et exigent en particulier une activité manuelle ou corporelle.

Association (ou collège) : Groupe constitué de personnes pratiquant la même profession qui mène diverses activités, notamment de partage d'information, de perfectionnement professionnel, de formation en cours d'emploi et de plaidoyer. Il défend généralement les intérêts de la profession et des membres de celle-ci mais n'est pas un syndicat du travail.

Conseil ou ordre : Institution de réglementation chargée de l'enregistrement des membres de la profession, de la délivrance de licences professionnelles, ce qui les autorise à pratiquer, du contrôle de la conduite des membres et du respect de la déontologie. Ce conseil délivre généralement un agrément aux institutions et programmes d'enseignement, parfois en coopération avec les pouvoirs publics ou avec d'autres organismes. Il peut être gouvernemental, privé ou mixte. Il défend normalement les intérêts des patients.

Disponibilité (des services de santé) : Composante du droit à la santé qui exige qu'il existe, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé [1].

Disponibilité (du personnel de santé) : Présence en nombre suffisant d'un personnel de santé qui possède l'ensemble de compétences et de savoirs correspondant aux besoins de santé de la population [2].

Efficience : Capacité de produire un extrant maximal pour un intrant donné [6].

Enregistrement : Désigne généralement le processus même d'inscription auprès d'un organisme de réglementation après obtention d'un diplôme délivré par un programme agréé. De nombreux pays ne font pas de différence entre l'enregistrement et la délivrance d'une licence, mais certains le font et une licence autorisant la titulaire à exercer peut être délivrée par une autorité distincte, notamment dans les pays où les processus sont gérés à un niveau sous-national. L'enregistrement ainsi que octroi de la licence peuvent être partiels ou temporaires ou sujets à certaines conditions (par exemple pour les spécialistes récemment diplômés dans certains pays) [3].

Ensemble minimum d'avantages garanti : Dans le cadre du présent rapport, désigne un ensemble de services de santé gratuits au point d'accès que les pouvoirs publics se sont engagés à mettre à la disposition de tous. Il est également dit « ensemble de soins essentiels » ce qui, dans les pays à faible revenu, consiste en un groupe limité de services de santé publique et cliniques qui seront fournis au niveau des soins primaires et/ou secondaires [13].

Équité (en matière de santé) : Absence de différences systématiques ou de différences susceptibles d'être éliminées en matière d'état de santé, d'accès aux soins de santé et aux environnements propices à la santé et de traitement d'un ou de plusieurs aspects de la santé au sein de populations ou de groupes de population définis selon des critères sociaux, économiques ou géographiques au sein d'un pays donné et entre différents pays [6].

Établissements de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) : Établissements de santé périphériques dotés des services de maternité ayant pratiqué les sept fonctions fondamentales de base mentionnées ci-dessous au cours du trimestre écoulé ainsi que deux fonctions supplémentaires : intervention chirurgicale d'urgence (césarienne) et transfusion sanguine (ce qui peut également comprendre la réanimation néonatale avancée) [7].

Établissements de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) : Établissements de santé périphériques dotés des services de maternité et pour nouveau-nés ayant pratiqué les sept fonctions fondamentales dans les trois derniers mois : administration parentérale d'antibiotiques, d'anticonvulsivants et d'ocytociques, extraction manuelle du placenta, évacuation utérine par aspiration manuelle, accouchement instrumenté par ventouse et réanimation du nouveau-né avec masque. Ces fonctions comprennent la stabilisation des mères et des nouveau-nés présentant des complications avant et pendant leur transfert vers un établissement hospitalier de niveau supérieur [7].

Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) : Huit OMD ont été adoptés par les dirigeants mondiaux réunis en 2000 au siège des Nations Unies lors du Sommet du Millénaire, en vue de parvenir à un développement équitable en 2015. L'OMD 4 est de réduire le taux de mortalité des moins de 5 ans de deux tiers par rapport à sa valeur de 1990. L'OMD 5 vise à l'amélioration de la santé maternelle en parvenant en 2015 à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts par rapport à sa valeur de 1990 (cible 5A). La proportion des naissances assistées par du personnel de santé qualifié a été retenue comme indicateur pour cette cible. En 2005, la communauté internationale a ajouté une seconde cible (cible 5B) à l'OMD 5 : rendre à l'accès à la médecine préventive universel en 2015. L'OMD 6 concerne la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et autres maladies infectieuses [8].

Octroi de licence : Consiste en général en la délivrance d'une autorisation d'exercer une profession donnée dans le domaine de la santé. De nombreux pays ne font pas de distinction entre l'octroi d'une licence et l'enregistrement (voir la définition ci-dessus) qui peuvent tous deux être partiels ou temporaires ou sujets à certaines conditions (par exemple pour les spécialistes récemment diplômés dans certains pays) [3].

Personnels compétents dans la pratique de sage-femme : Soignants dont la fonction première inclut l'apport de soins de santé aux femmes pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et le post-partum, ainsi qu'aux nouveau-nés. Cette définition inclut les sages-femmes et les autres personnels compétents et qualifiés, comme les infirmières sages-femmes, les médecins généralistes avec compétence en obstétrique et, à l'évidence, les obstétriciens, ainsi que, dans certains pays, les sages-femmes communautaires. Ces agents professionnels sont parfois dits « accoucheurs/accoucheuses qualifiés » [11].

Personnes vulnérables : Les groupes vulnérables, formés généralement de femmes, d'enfants et de personnes âgées, sont associés à la pauvreté, mais la vulnérabilité peut également provenir de l'isolement, de l'insécurité et de l'absence de défense face aux risques, aux chocs ou aux stress [17].

Qualité (des services de santé) : Composante du droit à la santé qui exige que les établissements, biens et services de santé soient scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité [1].

Qualité (du personnel de santé) : Les compétences, les connaissances pratiques et théoriques et les comportements des personnels de santé évalués selon les normes professionnelles et tels que les perçoivent les utilisateurs/utilisatrices [2].

Réglementation : Fait de contrôler la pratique d'une profession conformément aux lois, politiques et normes et à la déontologie. Elle peut s'appliquer à l'éducation, à la pratique, à la gestion de la profession, à l'avancement dans la carrière, etc.

Sage-femme : Ce terme est employé dans le rapport pour désigner les professionnels de la santé ayant reçu une formation qui leur permet d'exercer les fonctions et d'assumer les responsabilités des sages-femmes, quel que soit leur parcours de formation (entrée directe dans la profession ou après des études de science infirmière).

Cette définition est alignée sur les recommandations et les déclarations de position de la Confédération internationale des sages-femmes et du Conseil international des infirmières.

L'ICM définit la sage-femme comme suit : personne qui, ayant été admise dans les normes à un programme de formation des sages-femmes dûment reconnu dans le pays dans lequel il est enseigné et qui est basé sur les *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme* de l'ICM et sur le *Cadre des normes globales pour la formation des sages-femmes* de l'ICM, a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de « sage-femme » et démontre la maîtrise des compétences de la profession de sage-femme [9].

Sage-femme auxiliaire : Agent de santé qui aide à dispenser des soins de santé maternelle et du nouveau-né, notamment à l'accouchement, qui possède certaines des compétences de la pratique de sage-femme, mais qui n'est pas diplômé/agréé. Dans la Classification internationale des travailleurs de la santé, ces personnels sont également dits « professionnels associés de la pratique de sage-femme [4]».

Sage-femme infirmière (ou infirmière sage-femme) : Personne qui a l'autorisation légale d'exercer tout l'éventail des soins infirmiers et obstétricaux dans son pays et/ou qui est immatriculée/agréée/ enregistrée à cet effet [14].

Sage-femme infirmière auxiliaire : Agent de santé qui aide à dispenser des soins de santé maternelle et du nouveau-né, notamment à l'accouchement mais aussi durant la période prénatale et le post-partum, qui possède certaines des compétences de la pratique de sage-femme, mais qui n'est pas une infirmière/sage-femme diplômée/agréée.

Santé maternelle et du nouveau-né (SMN) : La santé de la femme durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ainsi que celle du fœtus au cours du travail et du nouveau-né lors de ses premières heures et de ses premiers jours de vie, période durant laquelle le nouveau-né est généralement soigné par un accoucheur ou une accoucheuse qualifié(e) (et dans les situations privilégiées par un néonatalogiste). Cette définition opérationnelle distingue la santé du nouveau-né de la santé néonatale, laquelle couvre la période allant de la naissance à la fin de la quatrième semaine de vie, conformément au consensus du groupe H4+ (ONUSIDA, ONU-Femmes, OMS, UNFPA et Banque mondiale).

Santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né (SSRMN) : Services de santé fournis dans le continuum couvrant l'information, l'éducation et les conseils sur la sexualité humaine et les soins prénatals, les soins à l'accouchement et les soins postnatals, ainsi que les définit le Programme d'action de la CIPD de 1994 [15].

Soins obstétricaux : Les soins obstétricaux englobent tous les soins apportés aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi que les soins aux nouveau-nés. Ils visent à prévenir les problèmes de santé pendant la grossesse, à détecter les états anormaux, à apporter une assistance médicale en cas de besoin et à mettre en place des mesures d'urgence si celle-ci fait défaut [10].

Syndicat : Forme d'association professionnelle pouvant regrouper plusieurs catégories de travailleurs de la santé, générale-

ment indépendante des pouvoirs publics, dont l'objet est de défendre les intérêts des travailleurs. Parfois appelée « union » dans certains pays.

Unité de maternité dirigée par des sages-femmes : Dans ce modèle organisationnel, les soins sont dispensés dans des centres d'accouchement et des services dirigés, gérés et dotés en personnel par des sages-femmes [12].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 de l'ICESCR) [Internet]. Nations Unies; 2000. Disponible à : [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.Fr](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.Fr) (consulté le 31 mars 2014).
- Campbell J, Dussault G, Buchan J, et al. *A universal truth: no health without a workforce*. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brésil. Genève : Global Health Workforce Alliance et Organisation mondiale de la Santé; 2013.
- Mckimm J, Newton PM, Silva A Da, et al. Accreditation of healthcare professional education programs: A review of international trends and current approaches in Pacific Island countries. Sydney: Human Resources for Health Knowledge Hub, University of New South Wales; 2013.
- WHO. Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification. Geneva: World Health Organization. Disponible à http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf (consulté le 31 mars 2014).
- OMS. Amélioration des prestations des agents de santé communautaire dans les soins de santé primaire : Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1989
- WHO. Health Systems Strengthening: Glossary. World Health Organization; 2012. Disponible à http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index.html (consulté le 31 mars 2014).
- OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Assemblée générale des Nations Unies. Res/55/2 : Déclaration du Millénaire. New York : Nations Unies; 2000. Disponible à <http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm> (consulté le 31 mars 2014).
- ICM. Définition internationale de la sage-femme selon l'ICM (révisée en juin 2011). La Haye : International Confederation of Midwives; 2011.
- OMS. Soins obstétricaux. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible à <http://www.who.int/topics/midwifery/fr/> (consulté le 31 mars 2014).
- Petterson KO, Sherratt D, Moyo N. Midwifery in the Community: Lessons Learned. 1st International Forum on Midwifery in the Community. Hammamet, Tunisia: ICM, UNFPA, WHO, 2006.
- Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res* 2012; 22(7):897-910.
- WHO. Essential Health Packages: What are they for? What do they change? WHO Service Delivery Seminar Series. DRAFT Technical Brief No. 2, 3 July 2008. Geneva: World Health Organization, 2008.
- CII. La nature des activités des infirmières-sages-femmes et leur domaine de pratique. Prise de position du CII. Genève : Conseil international des infirmières; 2007.
- UNFPA. Programme d'action, adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994. Fonds des Nations Unies pour la population, 2004.
- OMS, ICM, FIGO. Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié. Une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO. Genève, Suisse; 2004.
- WHO. Vulnerable groups. World Health Organization; 2014. Disponible à http://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/ (consulté le 31 mars 2014).

ANNEXE 2. MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

On trouvera décrites ci-dessous les modalités de conception et de réalisation de l'étude sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde (EPSFM) 2014.

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'Organisation mondiale de la Santé (WHO) ont coprésidé l'élaboration et le lancement du rapport 2014, l'UNFPA et l'OMS ayant assuré la coordination des activités pour le groupe H4+ (Banque mondiale, OMS, ONUSIDA, ONU-Femmes, UNFPA et UNICEF).

ICS Integrare, partenaire d'exécution de l'UNFPA, était chargé de la gestion de la recherche, de la rédaction et du lancement du rapport, et l'University of Southampton (Royaume-Uni) et l'University of Technology Sydney (Australie) ont fourni un appui à la recherche. Le programme *Averting Maternal Death and Disability* de la Mailman School of Public Health, ICM, Jhpiego, affilié à la Johns Hopkins University (États-Unis), la Banque mondiale et l'OMS ont apporté des contributions techniques supplémentaires.

Méthodes

Conception générale

Les données primaires ont été recueillies au moyen de deux instruments :

- 1) Un questionnaire d'auto-évaluation à remplir par chacun des 75 pays inclus dans le rapport, pour obtenir des données quantitatives sur les indicateurs retenus;
- 2) Un atelier d'une journée entière permettant aux parties prenantes et aux spécialistes nationaux de délibérer. Il avait été recommandé qu'un atelier soit organisé dans chacun des 75 pays.

Le questionnaire avait pour but de collecter des données quantitatives sur certains indicateurs clés relatifs aux personnels compétents dans la pratique de sage-femme et aux services de SSRMN. Il avait été établi d'après le questionnaire employé pour le rapport de 2011, les questions clés étant reprises afin de permettre une analyse diachronique qui ferait apparaître les changements intervenus dans les 58 pays invités à prendre part aux deux enquêtes. Le questionnaire avait été modifié pour tenir compte des leçons dégagées au cours de l'étude de 2011 et pour renforcer la concentration sur la taille et la structure des effectifs de SSRMN, ainsi que sur l'éducation, la réglementation, les associations et l'infrastructure des services de santé.

L'objet de l'atelier était d'associer les parties prenantes et les experts nationaux à des activités visant à repérer les obstacles qui s'opposent à une couverture effective dans le domaine de la SSRMN et à élaborer des solutions possibles pour éliminer ces obstacles, en recueillant des données qualitatives afin de cerner les cas de succès et d'éclairer les stratégies de renforcement des soins de SSRMN.

Éthique

Le comité d'éthique en matière de recherche de l'University of Southampton a donné son approbation à l'étude. Une attention particulière a été accordée à l'obtention d'un consentement éclairé de la part des personnes participant aux ateliers et, ce consentement obtenu, des mesures ont été prises pour éviter toute conséquence néfaste susceptible de découler de leur participation, par exemple en s'abstenant de réaliser des enregistrements audio ou vidéo, en demandant aux participant(e)s de se conformer aux règles de Chatham House et en leur communiquant le rapport de l'atelier avant sa transmission à l'équipe de recherche. Les personnes ayant rempli le questionnaire d'auto-évaluation ont également pu demander à ce que leur nom ne soit pas mentionné dans le rapport final.

Recueil des données : le questionnaire d'auto-évaluation

Le questionnaire a été élaboré par un processus itératif avec retours d'information successifs associant l'équipe de recherche et l'équipe principale de l'étude, qui ont veillé à sa conformité avec les documents de politiques et les cadres de recherche et d'analyse admis sur le plan international. Il a été tenu compte des besoins

d'information, tout en évitant d'imposer des exigences excessives aux personnes répondant au questionnaire. L'original en langue anglaise a été traduit en français et en espagnol.

L'UNFPA et l'OMS ont communiqué le questionnaire et des orientations sur l'atelier à leurs représentants dans les 75 pays concernés et ont désigné dans chacun de ceux-ci un conseiller/une conseillère technique principal(e) pour la pratique de sage-femme ou la SSRMN en qualité de point focal. Les points focaux ont œuvré de concert avec les personnels des ministères de la santé et de l'éducation, d'associations professionnelles, d'organismes du groupe H4+ et d'autres parties prenantes pour mettre au point et valider le questionnaire. Les personnes ayant contribué à ces travaux ont été nommées dans le document et se sont vu offrir l'option de ne pas l'être dans le rapport final.

Le questionnaire, dans ses trois versions linguistiques, a également été produit en version électronique et mis en ligne à la disposition des utilisateurs qui, après l'avoir rempli, pouvaient le télécharger pour le communiquer directement à l'équipe chargée de l'analyse. Après avoir communiqué leurs réponses, les utilisateurs ont pu les vérifier et les valider au moyen d'un document PDF généré par le système. Un service multilingue d'assistance en ligne était à leur disposition tout au long du processus.

Recueil des données : ateliers participatifs

Les points focaux de l'OMS et de l'UNFPA ont également coordonné leurs activités avec les ministères de la santé pour convoquer et accueillir les ateliers de politique. Il leur avait été demandé d'inviter à chaque atelier un maximum de 25 personnes, sélectionnées sur la base de leurs connaissances spécialisées en matière de pratique de sage-femme/SSRMN et de leurs contributions potentielles au dialogue politique. Les participants comprenaient, entre autres, des représentants des ministères de la santé et de l'éducation, des organismes du groupe H4+, d'associations professionnelles, de la société civile, du monde de l'enseignement, du secteur privé, de groupes de femmes et de consommateurs et de membres d'assemblées parlementaires. Lors de chaque atelier, un rapporteur était chargé de prendre des notes détaillées. Les ateliers ont été menés conformément aux règles de Chatham House, qui consistent essentiellement à ne pas autoriser l'attribution de remarques à des personnes identifiables.

Il a été fourni aux points focaux des pays un Guide du modérateur de l'atelier, contenant des notes d'orientation sur l'organisation des activités, des modèles d'invitation, des formulaires de consentement des participants et un plan général du rapport de l'atelier.

Recueil des données : données secondaires

Des données secondaires provenant de diverses publications ont été recueillies sur la population, la démographie, l'épidémiologie et les soins de santé en vue de la modélisation de la couverture effective (voir les annexes 3 et 4) et de la cartographie de la répartition sous-nationale de la population, des femmes en âge de procréer, des grossesses et des naissances vivantes (voir l'annexe 6).

Analyse des données et rapports

Les membres du Groupe principal ont procédé à l'analyse des données quantitatives et qualitatives communiquées, qui portaient sur les points suivants : alignement des titres professionnels des pays et de la CIP; environnement politique actuel; éducation; différence entre les établissements de SONU désignés et effectifs; disponibilité des personnels et projections concernant la CSU; qualité de la réglementation et des associations professionnelles; perspectives d'ensemble; mesures politiques prises depuis 2011; rémunération; rapports d'atelier. En mars 2014, lors d'un atelier d'analyse des données ayant eu lieu à Genève, les membres du Groupe principal ont présenté et examiné leurs constats. Les résultats de cet atelier ont été pris en considération dans l'élaboration du rapport et de ses principaux messages.

ANNEXE 3. MÉTHODOLOGIE DE MODÉLISATION DE LA COUVERTURE EFFECTIVE DES INTERVENTIONS ESSENTIELLES DE SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE, MATERNELLE ET DU NOUVEAU-NÉ (SSRMN)

« Il ne peut y avoir d'interventions de santé sans agents de santé. » [1]

Les projections relatives aux effectifs de la santé sont une nécessité aux fins de l'élaboration des politiques [2]. Leur objet dans le présent rapport, dans la ligne du cadre de l'OMS pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé, est de fournir des scénarios d'orientation et de correction [3] qui peuvent éclairer le dialogue politique et les décisions arrêtées dans les pays sur « les mesures à prendre dans un proche avenir afin d'obtenir des progrès sur la voie de la réalisation des objectifs à long terme » [2]. Il faut, condition préalable à de telles mesures, procéder à des analyses et à des recherches approfondies et détaillées sur les personnels de santé et le marché du travail de la santé pour tenir compte de l'évolution des facteurs de nature démographique et économique ainsi que du contexte des services de santé [4].

La méthodologie de modélisation de la couverture effective des 46 interventions essentielles des soins de SSRMN [5] s'appuie sur des études, des outils et des orientations publiées par la Banque mondiale, l'OMS et d'autres entités pour informer une planification de la force de travail axée sur les besoins [4,6-15]. On obtient ainsi des « clichés instantanés » du besoin satisfait, comparables d'un pays à l'autre.

On entend par « besoin satisfait » le pourcentage d'un ensemble universel de soins de SSRMN que pourraient obtenir les femmes et les nouveau-nés compte tenu de la composition des effectifs de SSRMN, de leurs compétences et de leur temps de disponibilité au travail*. L'ensemble universel de soins, dans le cas présent, se compose au minimum des 46 interventions essentielles. L'indicateur se calcule au moyen de la formule suivante :

$$\frac{\text{Volume de services essentiels de SSRMN pouvant être fourni par les effectifs de SSRMN (exprimé en heures de travail)}}{\text{Volume de services essentiels de SSRMN requis par les femmes et les nouveau-nés (exprimé en heures de travail)}} \times 100$$

Le modèle, dit « modèle de couverture effective » (ECoMod) est un outil qui permet de tester les divers scénarios et qui encourage à la prise de décisions à critères multiples [16,17] dans la planification de la force de travail pour la couverture sanitaire universelle. Il a été utilisé pour chacun des 73 pays ayant contribué au présent rapport pour établir la situation de référence et des projections, pour chaque année de 2012 à 2030, des besoins satisfaits pour les 46 interventions essentielles. Le modèle emploie les données auto-déclarées par les pays (recueillies dans l'enquête de 2014), des données publiées de sources secondaires en matière de population, démographie, d'épidémiologie et de prestations de services de santé, ainsi qu'il est décrit à l'annexe 4, et d'hypothèses fondées sur les faits lorsque les déclarations des pays signalent l'absence de données ou l'ignorance (annexe 5). On trouvera une description complète des données utilisées dans un document de travail distinct [18].

L'EcoMod calcule :

1. Les effectifs annuels de SSRMN nécessaires pour assurer une couverture universelle (100 %) des 46 interventions essentielles visant à répondre aux besoins des femmes et des nouveau-nés;
2. Les effectifs annuels de SSRMN disponibles et compétents pour effectuer ces interventions;
3. L'écart entre les effectifs annuels de SSRMN existants et les effectifs nécessaires pour répondre aux besoins de SSRMN des femmes et des nouveau-nés;

4. L'impact de différents scénarios et options de politique envisageables pour accroître les besoins satisfaits.

1. Estimation des besoins d'effectifs (2012-2030)

Le modèle mathématique applique l'approche des *cibles de services ajustées* et procède pour ce faire selon les étapes suivantes :

- a. Détermination du paquet de services de SSRMN dont les femmes et les nouveau-nés ont besoin. Ce paquet est l'ensemble des 46 interventions essentielles qui couvrent le continuum des soins de SSRMN (soins de pré-grossesse et prénatals, à l'accouchement et postnatals), qui sont recommandées par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH). Les interventions dont il s'agit contribuent à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, sont adaptées aux prestations fournies dans les pays à bas revenu et à revenu intermédiaire et/ou dans les contextes où les soins minimum essentiels sont généralement disponibles et sont fournis par l'entremise du secteur de la santé [5].
- b. Quantification du volume annuel de besoin de chaque service de soins de santé. Le modèle estime le nombre total de contacts nécessaire, par an, pour fournir chaque intervention essentielle aux femmes et/ou aux nouveau-nés, sur la base de l'hypothèse de la couverture universelle (satisfaction de 100 % des besoins). La couverture universelle, elle, est estimée d'après des variables démographiques clés (telles que le nombre de femmes en âge de procréer, le nombre de grossesses, le nombre de naissances vivantes), chacune de ces variables étant désagrégée par milieu rural et urbain et par régions sous-nationales, pour établir des projections; il est également tenu compte dans les estimations de la couverture universelle de données spécifiques des pays concernant l'incidence et la prévalence des pathologies liées aux interventions essentielles.
- c. Conversion du volume annuel de besoin en indicateurs de temps et de charge de travail du personnel. L'outil OneHealth [19] fournit des estimations à base factuelle du temps moyen dont a besoin un agent de la SSRMN pour chaque intervention essentielle. En multipliant le temps moyen par le nombre total de contacts et en procédant à une agrégation tout au long du continuum de soins de SSRMN, on obtient le temps de travail total nécessaire pour parvenir à la couverture universelle et on peut alors calculer par déduction les besoins de main-d'œuvre.

2. Estimation de la disponibilité des effectifs (2012-2030)

Le modèle établit ensuite pour les années 2012 à 2030, des projections concernant la disponibilité des effectifs de SSRMN pour la comparer aux besoins de main-d'œuvre calculés à la section 1. Les données utilisées sont les données déclarées par les pays dans l'enquête de 2014. Lorsque la réponse à une question était « Ne sait pas », les données ont été soit obtenues à partir de l'Observatoire mondial de la Santé de l'OMS, soit calculées par défaut sur la base d'hypothèses à base factuelle. Le processus s'est déroulé en trois étapes, comme suit :

- a. Détermination des effectifs initiaux de chaque catégorie de personnel de SSRMN et de leur répartition par âge lors de l'année de référence (2012). L'enquête de l'état de la pratique de sage-femme dans le monde de 2014 demandait des informations spécifiques sur la composition, les rôles et l'âge des effectifs de SSRMN. Ces données ont été entrées dans le modèle.
- b. Estimation des variations dans le temps (2013-2030). Le modèle applique la logique standard de stock et de flux des effectifs

* Effectifs définis dans le glossaire et comprenant les sages-femmes et les personnels infirmiers, les sages-femmes et les personnels infirmiers auxiliaires, les assistants médicaux, les médecins généralistes et les médecins spécialisés en obstétrique/gynécologie.

[4,20,21] et, au moyen d'une procédure de simulation mathématique avancée, calcule par année le nombre net de travailleurs (en équivalents temps plein, ETP) qui exercent activement leurs fonctions dans le domaine des soins de SSRMN. La procédure tient compte des sorties annuelles (dues aux départs volontaires, à la mortalité et aux départs à la retraite) et des entrées annuelles (nouvelles/nouveaux diplômé(e)s intégrant la main-d'œuvre). Le nombre total d'ETP disponibles par catégorie est ensuite converti en heures de travail disponibles.

- c. Affectation des heures de travail disponibles à la fourniture d'interventions essentielles. Les directives de l'OMS (OneHealth et Optimize for MNH [22]) donnent des indications pour l'analyse des compétences et des rôles des personnels de SSRMN en rapport avec les interventions essentielles sur des bases factuelles. Elles ne reflètent pas la diversité de la répartition des tâches entre les pays et au sein d'un même pays, mais elles conviennent pour établir des projections mondiales. Les rôles de chaque catégorie ont été attribués au moyen d'une procédure séquentielle marginale d'allocation du temps :

1. Les personnels de SSRMN sont classés par catégories selon les interventions essentielles (1-46) sur la base des directives de l'OMS, compte tenu de leur rôle au sein d'une main-d'œuvre de la santé intégrée (depuis les agents de santé communautaires jusqu'aux personnels des soins primaires et aux praticiens spécialisés).
2. Le temps de travail annuel disponible pouvant être fourni par chaque catégorie de personnel (de 1 à 46) est alloué sur une base marginale pour correspondre aux exigences de temps pour les interventions essentielles pour lesquelles le personnel de cette catégorie possède les compétences requises et qu'il est autorisé à exécuter. Ceci se fait par blocs de 48 heures* en commençant par la première intervention de planification familiale et en terminant par la dernière intervention postnatale. La procédure d'allocation est itérative. Une fois le premier groupe de blocs de temps alloué, on reprend l'allocation à partir de la première intervention jusqu'à ce que les besoins de temps de travail aient été satisfaits ou jusqu'à ce que le temps de travail disponible pour la catégorie considérée ait été alloué.
3. Le temps de travail disponible de chaque catégorie de personnel est alloué successivement pour répondre aux besoins

de temps qui n'ont pas été satisfaits par le temps de la catégorie de personnel précédente. Il est d'une importance primordiale que le temps disponible pour chaque catégorie de personnel soit alloué par ordre croissant de rôles et de compétences. Dans la pratique, cela signifie que bien qu'un médecin généraliste serait capable de dispenser des conseils de planification familiale, le temps de cette catégorie ne sera alloué à cette intervention que si le temps de travail disponible des autres catégories de personnel (par exemple des sages-femmes) a déjà été « dépensé ».

Le processus d'allocation du temps de travail disponible décrite ci-dessus repose sur le principe économique de « l'efficacité productive » [23]. Ce principe, adopté dans les directives d'Optimize for MNH, encourage la répartition des tâches (interventions) dans l'ensemble de la main-d'œuvre de la santé intégrée, compte tenu de l'éducation, des autorisations d'exercer et des compétences des diverses catégories de personnel. Par ailleurs, selon ce processus, il est accordé la même pondération à toutes les interventions de SSRMN, aucune d'elles n'étant considérée comme prioritaire.

3. Estimation de l'excédent/du manque d'effectifs (2012-2030)

La troisième étape consiste en un calcul simple. Pour chaque année, de 2012 à 2030, l'excédent/le manque probable d'effectifs de SSRMN par rapport aux besoins de services des femmes et des nouveau-nés se déduit de la différence entre les besoins de temps de main-d'œuvre et le temps de travail disponible.

4. Autres scénarios et options de politique

Enfin, le modèle est conçu pour tester divers scénarios et pour appuyer les processus décisionnels multicritères aux fins de la planification des effectifs pour une couverture sanitaire universelle. Quatre scénarios ont été élaborés pour examiner l'impact de diverses options de politique : 1) renforcement de la planification familiale pour réduire le nombre annuel de grossesses et de naissances; 2) augmentation du nombre de diplômés jusqu'en 2020; 3) accroissement du rendement des effectifs actuels; 4) réduction de 50 % de l'attrition par départs volontaires des effectifs actuels. L'impact de chacun de ces scénarios sur le temps de travail disponible et l'augmentation des besoins satisfaits qui en résulteraient ont ensuite été calculés.

* Dans l'idéal, cette allocation du temps pour les interventions essentielles devrait s'effectuer par blocs d'une heure, mais à des fins d'efficacité de calcul, il a été adopté une unité de temps plus grande (48 heures).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Speybroeck N, Ebener S, Sousa A, Paraje G, Evans D, Prasad A. Inequality in access to human resources for health: measurement issues. Background Paper for World Health Report 2006. Geneva; 2006 p. 1–9.
2. WHO. Models and tools for health workforce planning and projections. *Hum Resour Heal Obs*. Geneva: WHO; 2010;(3).
3. WHO. Strategy on health policy and systems research: changing mindsets. Geneva, Switzerland; 2012.
4. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health workforce planning in OECD countries: A review of 26 projection models from 18 countries [Internet]. 2013. Report No.: No. 62. Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k44t787zcvb.pdf?expires=1372852424&id=id&accname=guest&checksum=BF154C76769B3743407416DA862090BF>
5. PMNCH. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva, Switzerland: PMNCH; 2011.
6. Soucat A, Scheffler R, Gebreyesus TA, editors. The labor market for health workers in Africa. A new look at the crisis [Internet]. Washington DC: World Bank; 2013 [cited 2013 Aug 11]. Available from: <http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821395554>
7. Scheffler R, Fulton B. Needs-based estimates for the health workforce. In: Soucat A, Scheffler R, Donald K, editors. The labor market for health workers in Africa: A New Look at the Crisis [Internet]. Washington DC: World Bank; 2013 [cited 2013 Aug 11]. Available from: <http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821395554>
8. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy Plan* [Internet]. 2005 Sep [cited 2013 May 22];20(5):267–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076934>
9. WHO. Estimating the cost of scaling-up maternal and newborn health interventions to reach universal coverage: methodology and assumptions. Technical Working Paper. Geneva: WHO; 2005.
10. Segal L, Dalziel K, Bolton T. A work force model to support the adoption of best practice care in chronic diseases — a missing piece in clinical guideline implementation. *Implement Sci* [Internet]. 2008 Jan [cited 2014 Mar 28];3:35. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2442607&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
11. Segal L, Robertson I. Allied health services planning: framework for chronic diseases [Internet]. 2004. Report No.: 148. Available from: <http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/wp148.pdf>
12. Segal L, Leach MJ. An evidence-based health workforce model for primary and community care. *Implement Sci* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;6(1):93. Available from: <http://www.implementation-science.com/content/6/1/93>
13. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Mills A. Scaling up priority health interventions in Tanzania: the human resources challenge. *Health Policy Plan* 2007 May;22(3):113–27.
14. Kurowski C, Mills A. Estimating human resource requirements for scaling up priority health interventions in low-income countries of sub-Saharan Africa: A methodology based on service quantity, tasks and productivity (THE QTP METHODOLOGY). London.; 2006 p. 1–57. Report No.: HEFP-01/06-2006.
15. Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padaiga Z. Assessing future health workforce needs [Internet]. Brussels: WHO Regional Office for Europe; 2010 p. 1–35. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf
16. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc* [Internet]. 2006 Jan [cited 2013 May 30];4:14. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1560167&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
17. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012 Dec 13 [cited 2013 Jan 1];12(1):454. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23234463>
18. ICS Integrare. Effective coverage modelling — ECoMod™: Methodology paper for the *State of the World's Midwifery 2014*. Barcelona, Spain.; 2014. Report No.: July 2014.
19. Futures Institute. OneHealth model: intervention treatment assumptions [Internet]. Glastonbury, CA.; 2013. Available from: <http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention Assumptions 2013 9 28.pdf>
20. OMS. Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2006.
21. Birch S, Kephart G, Tomblin-Murphy G, O'Brien-Pallas L, Alder R, MacKenzie A. Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework. *Can Public Policy* 2007;33(1):1–16.
22. WHO. Optimize MNH. WHO recommendations for optimizing health workers roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: WHO; 2012.
23. Palmer S, Torgerson DJ, Yo Y. Economics notes Definitions of efficiency. 1999;318(April):1999.

ANNEXE 4. ESTIMATION DES BESOINS DES 46 INTERVENTIONS ESSENTIELLES CHEZ LES FEMMES ET LES NOUVEAU-NÉS

Intervention essentielle (SSRMN)	Besoin (défini comme le nombre de contacts de la population en ayant besoin avec un travailleur de la santé)	Données nécessaires et sources
PRÉ-GROSSESSE		
1. Conseils de planification familiale	Toutes les FAP (femmes de 15 à 49 ans), un contact par an.	Indicateur : Nombre de FAP (2012-2030). Source(s) : United Nations population database, medium fertility, 2012 revision (disponible à http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_Indicateurs.htm).
2. Délivrance de moyens de contraception	Toutes les FAP qui emploient l'une de ces méthodes de contraception : préservatifs/ pilules/ injectables/ DIU/ stérilisation féminine. Pour chaque année y, le besoin des défini comme suit pour chaque méthode : 1. Besoin de préservatifs (y) = FAP (y) x (TPC + besoin non satisfait) x mix de méthodes x 3. 2. Besoin de pilules et d'injectables (y) = FAP (y) x (TPC + besoin non satisfait) x mix de méthodes (pilules + injectables) x 3. 3. Besoin de DIU = [FAP (y) x (TPC + besoin non satisfait) x mix de méthodes de DIU] / 5. 4. Besoin de stérilisation féminine (y) = [FAP (y) – FAP (y-1)] x (TPC + besoin non satisfait) x mix de méthodes de stérilisation.	Indicateur : TPC (dernier chiffre disponible) Source(s) : Observatoire mondial de la Santé – OMS (disponible à http://apps.who.int/gho/data/node.main.531?lang=en). Indicateur : Besoin non satisfait de planification familiale. Source(s) : Nations Unies, Division de statistique, Indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement (dernière année disponible); Observatoire mondial de la Santé – OMS (dernière année disponible) (disponible à http://unstats.un.org/UNSD/MDG/Data.aspx); DHS StatCompiler (disponible à http://www.statcompiler.com/); Partnership in Action 2012-2013 Report (disponible à http://www.familyplanning2020.org/images/content/documents/FP2020_Partnership_in_Action_2012-2013.pdf); Angola, Botswana: Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. <i>Lancet</i> 2013; 381:1642–52. Indicateur : Prévalence du mix de méthode contraceptive. Source(s) : Seiber E, Bertrand J, Sullivan T. Changes in contraceptive method mix in developing countries. <i>International Family Planning Perspectives</i> 2007; 33(3). (disponible à http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3311707.pdf). Note : Les informations de cette source ne sont disponibles que pour les méthodes suivantes : DIU/ pilule/ injectables/préservatifs/stérilisation féminine. Les implants sont exclus apparemment parce qu'ils ne représentent que moins de 1 % de toutes les méthodes de contraception au niveau mondial.
3a. Prévention et gestion des IST et du VIH chez toutes les FAP : prévention des IST et du VIH	Toutes les FAP, un contact par an.	Indicateur : Nombre de FAP (2012-2030). Source(s) : Base de données des Nations Unies sur la population, révision 2012 (disponible à http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_Indicateurs.htm).
3b. Prévention et gestion des IST et du VIH chez toutes les FAP : gestion des IST	Toutes les FAP atteintes de syphilis, gonorrhée, chlamyde ou trichomonase. Pour chaque année y; valeur calculée comme suit : 1. Besoin de gestion de la syphilis (y) = FAP (y) x incidence de la syphilis. 2. Besoin de gestion de la gonorrhée (y) = FAP (y) x incidence de la gonorrhée. 3. Besoin de gestion de la chlamyde (y) = FAP (y) x incidence de la chlamyde. 4. Besoin de gestion de la trichomonase (y) = FAP (y) x incidence de la trichomonase.	Indicateur : Incidence des IST chez les FAP. Source(s) : WHO. Global incidence of selected curable sexually transmitted infections by region. Geneva: WHO, 2008 (disponible à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1).
3c. Prévention et gestion des IST et du VIH chez toutes les FAP : gestion du VIH	Toutes les FAP ayant besoin de TAR; valeur calculée comme suit : Nombre de FAP ayant besoin de TAR en 2012 / FAP en 2012 x FAP (y).	Indicateur : % de FAP ayant besoin de TAR (nombre d'adultes ayant besoin de TAR x % d'adultes séropositifs de sexe féminin). Source(s) : Nombre d'adultes ayant besoin de TAR (disponible à http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/); sources distinctes pour certains pays; % d'adultes séropositifs de sexe féminin (nombre de femmes adultes séropositives / nombre d'adultes séropositifs) dans la base de données AIDSinfo d'ONUSIDA (disponible à http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/); sources distinctes pour certains pays.
4. Enrichissement/supplémentation en acide folique	Toutes les FAP, un contact par an.	
GROSSESSE		
5. Supplémentation en fer et en acide folique	Toutes les FE, un contact par an.	
6. Vaccination antitétanique	Toutes les FE, un contact par an.	
7a. Prévention et gestion du paludisme avec des moustiquaires traitées et des antipaludéens : prévention	Toutes les FE vivant dans des zones de haute transmission; valeur calculée comme suit : Besoin de prévention du paludisme (y) = PW (y) x % de population du pays vivant dans des zones de haute transmission.	Indicateur : % de population vivant dans des zones de haute transmission (nombre d'habitants dans les zones à risque élevé (ou à défaut, population vivant dans les foyers actifs/population totale). Source(s) : WHO. Annex 6A of the World Malaria Report 2013. Geneva: WHO, 2013 (disponible à http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/).

DIU = dispositif intra-utérin; FAP = femmes en âge de procréer; FE = femmes enceintes; IST = infections sexuellement transmises; PTME = prévention de la transmission mère-enfant; RPM = rupture prématurée des membranes; TAR = traitement antirétroviral; TPC = taux de prévalence des contraceptifs

Intervention essentielle (SSRMN)	Besoin (défini comme le nombre de contacts de la population en ayant besoin avec un travailleur de la santé)	Données nécessaires et sources
GROSSESSE (suite)		
7b. Prévention et gestion du paludisme avec des moustiquaires traitées et des antipaludéens : gestion	Toutes les FE atteintes de paludisme présumé ou confirmé; valeur calculée comme suit : Besoin de gestion du paludisme (y) = PW (y) x incidence des cas de paludisme présumé et confirmé.	Indicateur : Incidence des cas de paludisme présumé et confirmé chez les FE (nombre de cas de paludisme présumé et confirmé /total des estimations de population des Nations Unies). Source(s) : WHO. Annex 6A of the World Malaria Report 2013. Geneva: WHO, 2013 (disponible à http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/).
8a. Prévention et gestion des IST (dans le cadre des soins prénatals) : prévention des IST et du VIH	Toutes les FE, un contact par an.	
8b. Prévention et gestion des IST (dans le cadre des soins prénatals) : gestion des IST	Toutes les FE atteintes de gonorrhée, chlamyde or trichomonase (Note : la syphilis est considérée séparément - voir ci-dessous). Pour chaque année y; valeur calculée comme suit : 1. Besoin de gestion de la gonorrhée (y) = FE (y) x incidence de la gonorrhée. 2. Besoin de gestion de la chlamyde (y) = FE (y) x incidence de la chlamyde. 3. Besoin de gestion de la trichomonase (y) = FE (y) x incidence de la trichomonase.	Indicateur : Incidence des IST chez les FE. Sources(s) : WHO. Global incidence of selected curable sexually transmitted infections by region. Geneva: WHO, 2008. (disponible à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1).
8c. Prévention et gestion des IST (dans le cadre des soins prénatals) : gestion du VIH	Toutes les FE ayant besoin de TAR pour éviter la transmission mère-enfant; valeur calculée comme suit : Besoin de gestion du VIH (y) = % (nombre de FE ayant besoin de TAR pour la PTME en 2012/ FE en 2012) x FE (y).	Indicateur : % de FE séropositives ayant besoin de TAR pour la PTME. Source(s) : Pour l'Afrique : UNAIDS AIDSinfo (disponible à http://www.unaids.org/en/data-analysis/datatools/aidsinfo/); Pour les autres régions : ONUSIDA. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013 (disponible à http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf); sources distinctes de certains pays. Note : Lorsque la valeur est <500 ou <1000, on a assumé une valeur de 500 et de 1000, respectivement; en l'absence de valeur disponible pour le pays, on a employé les données suivantes : FE séropositives ayant besoin de TAR pour la PTME {région} x (femmes séropositives {pays}/ femmes séropositives {région}).
9. Supplémentation en calcium pour prévenir l'hypertension artérielle	Toutes les FE, un contact par an.	
10. Interventions de cessation du tabagisme	Toutes les FE qui fument; valeur calculée comme suit : Besoin d'interventions de cessation du tabagisme (y) = PW x prévalence du tabagisme chez les femmes de plus de 15 ans.	Indicateurs : Consommation actuelle de tout produit du tabac à fumer (taux standardisé pour l'âge), toutes les femmes Source(s) : Observatoire mondial de la Santé – OMS (disponible à http://apps.who.int/gho/data/node.main.1250?lang=en). Note : En l'absence de données pour un pays particulier, on a utilisé la moyenne régionale de l'OMS pour les pays du groupe.
11a. Dépistage et traitement de la syphilis : dépistage	Toutes les FE, un contact par an.	
11b. Dépistage et traitement de la syphilis : traitement	Toutes les FE atteintes de syphilis, pour chaque année y; valeur calculée comme suit : 1. Besoin de gestion de la syphilis (y) = FE (y) x incidence de la syphilis.	Indicateur : Incidence de la syphilis chez les FE. Sources(s) : WHO. Global incidence of selected curable sexually transmitted infections by region. Geneva: WHO, 2008 (disponible à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1).
12+13. Antihypertenseurs pour traiter l'hypertension artérielle (y inclus l'aspirine à faible dose pour prévenir la pré-éclampsie)	Toutes les FE à tension artérielle élevée et toutes les FE présentant une pré-éclampsie; valeur calculée comme suit : Besoin d'antihypertenseurs (y) = [FAP x (incidence de la pré-éclampsie)] + [naissances vivantes x (incidence de la pré-éclampsie)].	Indicateur : Incidence de l'hypertension artérielle et de la pré-éclampsie chez les FE. Source(s) : Dolea C, AbouZahr C. Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. Evidence and Information for Policy. Geneva: WHO, 2003 (disponible à http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf). Note : La moitié seulement des troubles hypertensifs présentés au tableau 6.1 de l'article de référence ont été pris en considération pour l'analyse.
14. Sulfate de magnésium pour l'éclampsie	Toutes les FE présentant une éclampsie et une pré-éclampsie; valeur calculée comme suit : Besoin de sulfate de magnésium (y) = naissances vivantes x (incidence de l'éclampsie + incidence de la pré-éclampsie).	Indicateur : Incidence of pre-eclampsia and eclampsia in PW. Source(s) : Dolea C, AbouZahr C. Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. Evidence and Information for Policy. Geneva: WHO, 2003 (available from: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf); Regional rates used according to WHO regions. Note : Les taux d'incidence de l'éclampsie ont été calculés en pourcentage de la pré-éclampsie. Taux régionaux selon les régions de l'OMS.

(à suivre)

ANNEXE 4. ESTIMATION DES BESOINS DES 46 INTERVENTIONS ESSENTIELLES CHEZ LES FEMMES ET LES NOUVEAU-NÉS (suite)

Intervention essentielle (SSRMN)	Besoin (défini comme le nombre de contacts de la population en ayant besoin avec un travailleur de la santé)	Données nécessaires et sources
GROSSESSE (suite)		
15. Antibiotiques pour rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme	Tous les cas de RPM avant terme; valeur calculée comme suit : Besoin d'antibiotiques pour RPM avant terme (y) = toutes les naissances, y inclus les mortinaissances (y) x incidence de la RPM avant terme.	Indicateur : Incidence de la RPM avant terme Source(s) : WHO global survey on maternal and perinatal health, 2005 (disponible à http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1). Note : Lorsque le taux pour le pays n'était pas disponible, c'est le taux régional qui a été utilisé ou, à défaut de taux régional, le taux mondial.
16. Corticostéroïdes pour prévenir la détresse respiratoire	Toutes les naissances avant terme (y inclus les mortinaissances); valeur calculée comme suit : Besoin de corticostéroïdes (y) = toutes les naissances, y inclus les mortinaissances (y) x taux de naissances avant terme.	Indicateurs : Prévalence des naissances prématurées. Source(s) : Healthy Newborn Network. Global and national newborn health data and Indicateurs (disponible à http://www.healthynetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-Indicators).
17. Avortement sans risques	Tous les avortements sans risque; valeur calculée comme suit : Besoin d'avortements sans risques (y) = FAP (y) x taux d'avortements sans risques.	Indicateur : Taux d'avortements sans risques. Source(s) : Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379:625-32 (disponible à http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&tableidtype=table_id&sectionType=red). Note : Quand la valeur était <0,5, on a utilisé 0,5.
18. Soins de post-avortement	Tous les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité; valeur calculée comme suit : Besoin de soins de post-avortement (y) = FAP (y) x taux d'avortements dangereux pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité..	Indicateur : Taux d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. Source(s) : Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379:625-32 (disponible à http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&tableidtype=table_id&sectionType=red). Note : Quand la valeur était <0,5, on a utilisé 0,5.
19. Réduire la présentation anormale à l'accouchement par une version par manœuvre externe	Tous les accouchements avec présentation du siège (y inclus les mortinaissances); valeur calculée comme suit : Besoin de version par manœuvre externe (y) = toutes les naissances, y inclus les mortinaissances (y) x incidence des présentations du siège (y inclus les mortinaissances).	Indicateur : Incidence des présentations du siège. Source(s) : WHO. Global survey on maternal and perinatal health. Statistics on breech presentations, 2005 (disponible à http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1). Note : Lorsque le taux pour le pays n'était pas disponible, c'est le taux régional qui a été utilisé ou, à défaut de taux régional, le taux mondial.
20. Déclenchement du travail pour gérer la rupture prématurée des membranes (RPM) à terme	Tous les cas de RPM à terme; valeur calculée comme suit : Besoin d'antibiotiques pour RPM à terme (y) = toutes les naissances, y inclus les mortinaissances (y) x incidence de la RPM à terme	Indicateur : Incidence de la RPM. Source(s) : WHO. Global survey on maternal and perinatal health, 2005 (disponible à http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1).
ACCOUCHEMENT		
23. Gestion du travail et de l'accouchement sans problèmes et soutien social pendant l'accouchement	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance), un contact.	
21+22+24. Gestion active du 3e stade du travail (extraction du placenta) pour prévenir l'hémorragie post-partum (y inclus massage utérin, utérotoniques et traction du cordon)	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance), un contact.	
26a. Dépistage et gestion du VIH au décours de l'accouchement – dépistage en l'absence de test antérieur	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) sauf s'il y a eu 4 visites prénatales, valeur calculée comme suit : Besoin de dépistage du VIH au décours de l'accouchement (y) = tous les accouchements y inclus les cas de mortinaissances (y) x (1 - % des cas avec 4 visites prénatales).	Indicateur : % de couverture des soins prénatals (4 visites). Source(s) : Nations Unies, Division de statistique. Site officiel des Nations Unies sur les Indicateurs OMD (disponible à http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx).
26b. Dépistage et gestion du VIH au décours de l'accouchement – traitement	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) de femmes séropositives n'ayant pas passé 4 visites prénatales; valeur calculée comme suit : Besoin de dépistage du VIH au décours de l'accouchement (y) = tous les accouchements, y inclus les cas de mortinaissances (y) x (% de cas avec moins de 4 visites prénatales) x % de la prévalence du VIH chez tous les adultes.	Indicateur : % de couverture des soins prénatals (4 visites) pour les femmes séropositives. Source(s) : Nations Unies, Division de statistique. Site officiel des Nations Unies sur les Indicateurs OMD (disponible à http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx); ONUSIDA AIDSinfo (disponible à http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/); sources distinctes pour certains pays.
27+28. Césarienne d'indication maternelle/ fœtale (avec prophylaxie antibiotique)	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) exigeant une césarienne; valeur calculée comme suit : Besoin de césarienne (y) = tous les accouchements, y inclus les cas de mortinaissance (y) x hypothèse fixe sur le besoin de césarienne.	Note : Hypothèse = 0,05 x tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance).

Intervention essentielle (SSRMN)	Besoin (défini comme le nombre de contacts de la population en ayant besoin avec un travailleur de la santé)	Données nécessaires et sources
ACCOUCHEMENT (suite)		
29. Déclenchement du travail en cas de grossesse prolongée (sage-femme ou infirmière)	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) survenant après 41 semaines; valeur calculée comme suit : Besoin de déclenchement du travail (y) = grossesses (y) x % de grossesses dépassant 41 semaines.	Indicateur : % grossesses interrompues après 42 semaines. Source(s) : OneHealth Model: Interventions treatment assumptions, 2013 (disponible à http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf). Note : Hypothèse = 0,05 x grossesses.
30+25. Gestion de l'hémorragie du post-partum (extraction manuelle du placenta et/ou intervention chirurgicale et/ou oxytociques)	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) où survient une hémorragie du post-partum; valeur calculée comme suit : Besoin de gestion de l'hémorragie post-partum (y) = FAP (y) x incidence de l'hémorragie post-partum (pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans).	Indicateur : Incidence de l'hémorragie du post-partum. Source(s) : Dolea C, AbouZahr C, Stein C. Global burden of maternal haemorrhage in the year 2000. Evidence and information for policy. Geneva: WHO, 2003 (disponible à http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalhaemorrhage.pdf).
SOINS POSTNATALS		
31-34 et 36-38. Soins postnatals préventifs	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance), 4 contacts.	
35. Détection et traitement de la septicémie du post-partum	Tous les cas de septicémie du post-partum; valeur calculée comme suit : Besoin de détection et de traitement de la septicémie du post-partum (y) = FAP (y) x incidence de la septicémie du post-partum pour 1 000 FAP.	Indicateur : Incidence de la septicémie du post-partum. Source(s) : Dolea C, AbouZahr C, Stein C. Global burden of maternal sepsis in the year 2000. Evidence and information for policy. Geneva: WHO, 2003 (available from: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalsepsis.pdf).
39. Réanimation néonatale avec ballon et masque	Tous les nouveau-nés ayant besoin de réanimation; valeur calculée comme suit : Besoin de réanimation néonatale (y) = naissances vivantes (y) x 0,01.	Indicateur : % de nouveau-nés ayant besoin de réanimation. Source(s) : OneHealth Model: Interventions treatment assumptions, 2013 (disponible à http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf). Note : Environ 1 % des nouveau-nés doivent être réanimés.
40. Soins maternels selon la méthode kangourou	Tous les nouveau-nés présentant un déficit pondéral à la naissance; valeur calculée comme suit : Besoin de soins maternels selon la méthode kangourou (y) = naissances vivantes (y) x % de nouveau-nés présentant un déficit pondéral à la naissance.	Indicateur : % de nouveau-nés présentant un déficit pondéral à la naissance. Source(s) : UNICEF and WHO. Low birth weight: country, regional and global estimates. New York: UNICEF, 2004 (disponible à http://www.unicef.org/publications/files/low_birth_weight_from_EY.pdf).
41. Soutien supplémentaire pour l'alimentation des bébés de petite taille et prématurés	Toutes les naissances prématurées (y inclus les mortinaissances); valeur calculée comme suit : Besoin de soutien alimentaire supplémentaire (y) = toutes les naissances y inclus les mortinaissances (y) x taux de naissances prématurées.	Indicateurs : % de naissances prématurées. Source(s) : Healthy Newborn Network. Global and national newborn health data and Indicateurs. (disponible à http://www.healthynewbornnetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-Indicateurs).
42. Prise en charge des nouveau-nés atteints de jaunisse	Tous les nouveau-nés atteints de jaunisse; valeur calculée comme suit : Besoin de prise en charge de la jaunisse (y) = naissances vivantes (y) x % de nouveau-nés atteints de jaunisse exigeant une photothérapie.	Indicateur : % de nouveau-nés atteints de jaunisse. Source(s) : Teune MJ, Bakuizen S, Gyamfi Bannerman C, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:374.e1-9. Note : Hypothèse uniforme. Somme de l'incidence chez les prématurés presque à terme (1245/26,252) et les nouveau-nés à terme (2033/150,700).
43. Instauration de TAR prophylactique pour les bébés exposés au VIH	Toutes les naissances (y inclus les mortinaissances) (sauf si la mère a passé 4 visites prénatales) chez les femmes séropositives; valeur calculée comme suit : Besoin de TAR prophylactique (y) = toutes les naissances y inclus les mortinaissances (y) x (1 - % de cas à 4 visites prénatales) x % d'adultes séropositifs.	Indicateur : % de nouveau-nés, nés d'une mère séropositive, qui ont reçu un TAR prophylactique. Source(s) : Nations Unies, Division de statistique. Site officiel des Nations Unies sur les Indicateurs OMD (disponible à http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx); ONUSIDA AIDSinfo (disponible à http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/).
44. Traitement présomptif aux antibiotiques des nouveau-nés à risque d'infections bactériennes	Tous les nouveau-nés à risque d'infection bactérienne; valeur calculée comme suit : Besoin de traitement présomptif aux antibiotiques (y) = naissances vivantes (y) x incidence des infections bactériennes chez les nouveau-nés.	Indicateur : Incidence des infections bactériennes chez les nouveau-nés. Source(s) : Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up: the need for and cost of maternal and newborn care – estimates for 2012. Guttmacher Institute, 2013 (disponible à http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-MNH-2012-estimates.pdf). Note : Hypothèse uniforme de 20 %.
45. Surfactant pour prévenir le syndrome de détresse respiratoire chez les prématurés	Toutes les naissances prématurées (y inclus les mortinaissances); valeur calculée comme suit : Besoin de surfactant (y) = naissances vivantes (y) x taux de naissances prématurées.	Indicateur : % de naissances prématurées. Source(s) : UNICEF and WHO. Low birth weight: country, regional and global estimates. New York: UNICEF, 2004 (disponible à http://www.unicef.org/publications/files/low_birth_weight_from_EY.pdf).
46. Ventilation en pression positive continue (CPAP) pour la prise en charge des nouveau-nés présentant un syndrome de détresse respiratoire	Tous les nouveau-nés présentant un syndrome de détresse respiratoire; valeur calculée comme suit : Besoin de surfactant (y) = naissances vivantes (y) x incidence du syndrome de détresse respiratoire chez les nouveau-nés.	Indicateur : Incidence du syndrome de détresse respiratoire chez les nouveau-nés. Source(s) : Rodriguez RJ, Martin RJ, Fanaroff AA. Respiratory distress syndrome and its management – Chapter 19. In Fanaroff AA, Martin RJ. Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. St Louis: Mosby, 2010. (disponible à http://www.thoracic.org/education/breathing-in-america/resources/chapter-19-respiratory-distress-syndr.pdf). Note : Hypothèse uniforme de 1 %

ANNEXE 5. RÈGLES DE DÉCISION

Les 73 pays inclus dans *L'Etat de la pratique de sage-femme 2014* ont communiqué de nouvelles informations sur les personnels compétents dans la pratique de sage-femme par catégorie, classification professionnelle de la CIP, nombre, répartition par classe d'âge, pourcentage de temps consacré à la SMN, attrition annuelle (volontaire), âge de la retraite, diplômé(e)s et inscriptions, années de formation et abandon d'études.

Les valeurs de chacun de ces indicateurs ont été utilisées pour modéliser les projections relatives à la disponibilité de personnels au regard des besoins des 46 interventions essentielles de SSRMN.

Lorsque les données étaient absentes ou non cohérentes, les règles de décision figurant ci-dessous ont été appliquées dans le modèle.

Indicateur employé dans les projections modélisées	Exemple de valeur	Règle de décision (en cas de données manquantes ou non cohérentes)
Pays	Nom du pays	S.O.
Nom de la catégorie	Sage-femme	Employer le nom de la catégorie dans laquelle le personnel du pays était classé.
Code de la Classification internationale type des professions (CITP)	Code 2222	Attribué d'après les rôles et attributions précisés dans le contexte de la catégorie de personnel sélectionnée.
Nombre de travailleurs	1 515	Valeur défaut selon l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (version 2014). Si la valeur ne figure pas dans l'Observatoire mondial de la santé, employer des documents officiels à titre de sources secondaires. À défaut, zéro.
Répartition par classe d'âge	Moins de 30 ans : 300 travailleurs 30 à 39 ans : 510 travailleurs 40 à 49 ans: 424 travailleurs 50 ans et plus: 281 travailleurs	Répartir le nombre de travailleurs de manière égale entre les groupes d'âge.
Pourcentage de temps de travail consacré à la SMN	100 %	Employer la médiane de l'échantillon pour tous les pays, pour le code CITP considéré : -2222 (sages-femmes professionnelles) : 100 % -2221 (infirmiers professionnels) : 85 % -3222 (sages-femmes auxiliaires professionnelles) : 100 % -3221 (infirmiers auxiliaires professionnels) : 55 % -2211 (médecins généralistes) : 30 % -2212 (médecins spécialisés en obstétrique/gynécologie) : 100 % -2240 ou 3256 (praticiens paramédicaux et assistants médicaux) : 75 %
Attrition annuelle du personnel (départs volontaires)	10 %	Employer 4 % pour les personnels de toutes les catégories.
Âge de la retraite	62 ans	Employer l'âge de la retraite pour toute catégorie du même pays ayant le même code CIP ou, à défaut, l'âge de la retraite pour toute catégorie du même pays, abstraction faite du code CIP. Si l'âge de la retraite n'est disponible pour aucune catégorie, employer 65 ans comme valeur défaut.
Diplômé(e)s en 2012	43 graduates	Employer 5 % du nombre total de travailleurs en 2012, ce qui équivaut à un taux de renouvellement stable de la force de travail.
Inscriptions chaque année de 2010 à 2015	2010 : 52 étudiant(e)s 2011 : 50 étudiant(e)s 2012 : 54 étudiant(e)s 2013 : 48 étudiant(e)s 2014 : 55 étudiant(e)s 2015 : 60 étudiant(e)s	Employer par défaut le dernier chiffre disponible des inscriptions des années précédentes. Si ce chiffre n'est pas disponible, supposer que le nombre d'inscriptions est égal à celui des diplômé(e)s de 2012.
Années de formation	3 ans	Employer le nombre d'années de formation de toute catégorie ayant le même code CIP dans le même pays. Si cette valeur n'est pas disponible, employer la médiane de l'échantillon pour tous les pays, pour le code CIP considéré : -2222 (sages-femmes professionnelles) : 3 ans -2221 (infirmiers professionnels) : 3 ans -3222 (sages-femmes auxiliaires professionnelles) : 2 ans -3221 (infirmiers auxiliaires professionnels) : 2 ans -2211 (médecins généralistes) : 7 ans -2212 (médecins spécialisés en obstétrique/gynécologie) : 10 ans -2240 or 3256 (paramedical practitioners and medical assistants) : 3 ans
Abandons d'études	20 %	Employer le taux d'abandon pour toute catégorie de personnel ayant le même code CIP dans le même pays. Si cette valeur n'est pas disponible, employer la médiane de l'échantillon pour tous les pays, pour le code CIP considéré.

ANNEXE 6. CARTOGRAPHIE DE LA RÉPARTITION SOUS-NATIONALE DES POPULATIONS, DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER, DES GROSSESSES ET DES NAISSANCES VIVANTES

La méthodologie de cartographie employée dans le présent rapport a été élaborée et publiée par un groupe de partenaires (University of Southampton, ICS Integrate, USAID, Norad, OMS, UNFPA) effectuant des travaux sur la cartographie avancée pour la SMN [1]. Elle recourt à des approches nouvelles et novatrices d'emploi de la géographie de la SMN pour éclairer les politiques et la planification au niveau des pays. Le présent rapport tire notamment parti de l'accroissement des capacités des systèmes d'information géographique (SIG) pour dresser des cartes des femmes en âge de procréer (FAP), des grossesses et des naissances vivantes [2]. La méthode appliquée est un processus simple s'articulant en quatre étapes pour désagréger et estimer la répartition des populations, des FAP, des grossesses et des naissances vivantes au niveau infranational. Ces étapes sont décrites ci-dessous.

1. Construction d'ensembles de données détaillées et contemporaines de répartition des populations

L'établissement d'estimations de la répartition de la population de l'Afrique et de l'Asie à une résolution spatiale d'environ 100 mètres a été récemment mené à bien (voir la description détaillée à www.worldpop.org.uk) [3-8]. Le processus, brièvement décrit, a été le suivant : une base de données de recensement démographique et d'estimations de population reliée à un SIG a été établie, en se servant des ensembles de données les plus récentes et de la meilleure résolution spatiale disponible, vu leur importance pour l'exactitude de la cartographie. Des cartes détaillées à résolution spatiale de 30 mètres ont été produites à partir d'images Landsat soit par des processus de classification semi-automatisés [6-8] soit par des analyses fondées sur les opinions d'experts. Ces cartes des établissements de population ont ensuite été utilisées pour affiner les données d'occupation des sols. Les données des recensements locaux cartographiés à un niveau de résolution fine dans des pays échantillons d'Afrique et d'Asie ont été exploitées pour déterminer les densités de population régionales types par catégorie d'occupation des sols. Ces densités ont ensuite été utilisées pour redistribuer les dénombrements des recensements par écozones régionales pour cartographier la répartition de la population humaine à une résolution spatiale d'environ 100 mètres à l'échelle continentale. Lorsqu'ils étaient disponibles, des ensembles de données spécifiques des pays fournissant des informations utiles sur la répartition de la population dont les recensements ne rendaient pas compte, telles que celles relatives aux personnes déplacées dans le pays ou les résultats d'enquêtes nationales détaillées, ont été incorporées dans le processus de cartographie. Les ensembles de données démographiques pour les Amériques étaient en cours d'élaboration lors de l'analyse et ce sont donc les ensembles de données démographiques du Projet de cartographie de la répartition des populations rurales et urbaines dans le monde (GRUMP) [9] qui ont été utilisés pour les pays de ces continents.

2. Construction d'ensembles de données sur les projections de répartition des populations

Les estimations des Nations Unies concernant les taux de croissance spécifiques urbains et ruraux [10] ont été compilées pour les 73 pays inclus dans le présent rapport et appliquées aux ensembles de données décrits ci-dessus. Pour les populations vivant en milieu urbain tel que défini par la carte des zones urbaines du Projet de cartographie de la répartition des populations rurales et urbaines dans le monde de

l'université Columbia [9], ce sont les taux de croissance urbains qui ont été appliqués. Les taux de croissance ruraux ont été appliqués à toutes les autres populations. Cette approche a été utilisée pour établir les ensembles de données de répartition des populations pour 2010, 2012, 2015, 2020, 2025 et 2030, des ajustements ayant été effectués pour que les chiffres totaux de la population nationale correspondent aux estimations des Nations Unies.

3. Construction d'ensembles de données de répartition des FAP

Conformément à des méthodes déjà publiées [11], des données relatives à la composition des groupes de population de niveau sous-national ont été obtenues auprès de diverses sources sur le plus grand nombre possible de pays, principalement à partir de dénombrements provenant de recensements contemporains, et converties à haute résolution au niveau des unités administratives. Ces données ont été appariées aux données de SIG indiquant les limites de chaque unité et utilisées pour ajuster les données démographiques spatiales décrites ci-dessus pour produire des estimations des groupes de population désagrégés par sexe et par groupe d'âge quinquennal. Les ensembles de données ont ensuite été ajustés pour faire correspondre les totaux des populations nationales par groupes d'âge, les totaux spécifiques pour les villes et les totaux urbains/ruraux aux chiffres publiés par les Nations Unies [12]. Les ensembles de données représentant les femmes des groupes d'âge de 15 à 49 ans ont été additionnés pour établir les ensembles de données des FAP.

4. Cartographie des grossesses et des naissances vivantes

Conformément à l'approche publiée précédemment [2], dans 73 pays, les taux de fécondité par âge ont été calculés pour les groupes d'âge quinquennaux désagrégés par région sous-nationale et par milieu urbain/milieu rural, d'après les données les plus récentes des enquêtes nationales sur les ménages effectuées dans le cadre du programme d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) (www.measuredhs.com). Les ensembles de données de SIG indiquant les limites et les établissements urbains des sous-régions (<http://spatialdata.dhsprogram.com/>) ont été assemblés [9], et les taux de fécondité par âge ont été établis compte tenu de ces limites. Ces taux de fécondité ont ensuite été appliqués aux données des groupes d'âge quinquennaux de la population féminine décrits ci-dessus pour produire des estimations maillées de la répartition des naissances vivantes dans chaque pays. Au niveau national, ces totaux ont ensuite été ajustés linéairement pour s'assurer qu'ils correspondent aux totaux estimés par les Nations Unies pour la période 2010-2030 [12] de manière à établir des ensembles de données annuels. Pour les pays où il n'y avait pas de données d'enquêtes DHS récentes ($n = xx$), les données de population décrites ci-dessus ont fait l'objet d'un ajustement simple pour que leurs totaux correspondent aux estimations des Nations Unies. Pour convertir les données maillées relatives aux nombres de naissances vivantes en nombres de grossesses, on a obtenu des estimations de niveau national des nombres de grossesses de 2012 auprès du Guttmacher Institute (www.guttmacher.org) et les totaux des données sur les naissances ont été ajustés au niveau national pour correspondre à ces estimations. Pour les autres années, il a été supposé que les ratios de niveau national naissances/grossesses de 2012 étaient restés constants pour chaque pays considéré et ces ratios ont été appliqués pour convertir les données sur les naissances en données sur les grossesses.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ebener S, Guerra-Arias M, Campbell J, Tatem AJ, Moran A, et al. The geography of maternal and newborn health: the state of the art. *Int J Geoinformatics* 2014 (in review).
2. Tatem AJ, Campbell J, Guerra-Arias M, de Bernis L, Moran A, et al. Mapping for maternal and newborn health: the distributions of women of childbearing age, pregnancies and births. *Int J Health Geogr* 2014; 13:2.
3. Linard C, Alegana VA, Noor AM, Snow RW, Tatem AJ. A high resolution spatial population database of Somalia for disease risk mapping. *Int J Health Geogr* 2010; 9:45.
4. Linard C, Gilbert M, Snow RW, Noor AM, Tatem AJ. Population distribution, settlement patterns and accessibility across Africa in 2010. *PLoS ONE* 2012; 7:e31743.
5. Linard C, Gilbert M, Tatem AJ. Assessing the use of global land cover data for guiding large area population distribution modelling. *GeoJournal* 2010; doi:10.1007/s10708-010-9364-8.
6. Tatem AJ, Noor AM, Hay SI. Defining approaches to settlement mapping for public health management in Kenya using medium spatial resolution satellite imagery. *Rem Sens Env* 2004; 93:42-52.
7. Tatem AJ, Noor AM, Hay SI. Assessing the accuracy of satellite derived global and national urban maps in Kenya. *Rem Sens Env* 2005; 96:87-97.
8. Tatem AJ, Noor AM, von Hagen C, di Gregorio A, Hay SI. High resolution population maps for low income nations: combining land cover and census in East Africa. *PLoS One* 2007; 2:e1298.
9. Balk DL, Deichmann U, Yetman G, Pozzi F, Hay SI, et al. Determining global population distribution: methods, applications and data. *Adv Parasitol* 2006; 62:119-156.
10. United Nations Population Division. World urbanization prospects, 2013 revision. New York: United Nations, 2013.
11. Tatem AJ, Garcia AJ, Snow RW, Noor AM, Gaughan AE, et al. Millennium development health metrics: where do Africa's children and women of childbearing age live? *Population Health Metrics* 2013; 11.
12. United Nations Population Division. World population prospects, 2012 revision. New York: United Nations, 2012.

ANNEXE 7. TÂCHES RELEVANT DES RESPONSABILITÉS DES PERSONNELS COMPÉTENTS DANS LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE TYPE DES PROFESSIONS

Les tâches des personnels compétents dans la pratique de sage-femme se répartissent en huit catégories. Elles consistent :

1. À planifier, dispenser et évaluer les soins et les services de soutien pour les femmes et leurs enfants avant et pendant la grossesse, à l'accouchement et après conformément à la pratique et aux normes des soins obstétricaux modernes;
2. À conseiller les femmes et à dispenser une éducation communautaire sur la santé, la nutrition, l'hygiène, l'exercice physique, les plans d'accouchement et d'urgence, l'allaitement au sein, le soin des nouveau-nés, la planification familiale et la contraception, le style de vie et autres sujets en rapport avec la grossesse et l'accouchement;
3. À évaluer la progression de la grossesse et de l'accouchement, à gérer les complications et à reconnaître les signes indiquant la nécessité d'un recours à un médecin possédant des aptitudes spécialisées en obstétrique;
4. À surveiller l'état de santé des nouveau-nés, à gérer les complications et à reconnaître les signes indiquant la nécessité d'un recours à un médecin possédant des aptitudes spécialisées en néonatalogie;
5. À surveiller la douleur et l'inconfort éprouvés par les femmes au décours du travail et de l'accouchement et à soulager la douleur au moyen de divers traitements, dont l'administration d'analgésiques;
6. À déclarer les naissances aux pouvoirs publics pour satisfaire aux exigences juridiques et professionnelles;
7. À mener des recherches sur les pratiques et les procédures des sages-femmes et à en diffuser les résultats sous forme de publications et de rapports scientifiques, par exemple;
8. À planifier et à mener des activités d'éducation de sages-femmes dans des contextes cliniques et communautaires.

Source : OIT. Définitions des groupes de la CIP-08. Organisation internationale du Travail. Disponible à <http://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/isco08/index.htm> (consulté le 24 avril 2014).



Claudia Martinez/World Vision

© Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), 2014.
Tous droits réservés.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de l'Organisation des Nations Unies, y inclus de l'UNFPA, ou de ses États Membres.

Les désignations retenues et la présentation générale des cartes contenues dans le présent rapport n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part du Secrétariat des Nations Unies ou de l'UNFPA concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ni de leurs autorités, non plus que la délimitation de leurs frontières.

Produit sur papier 100 % recyclé label FSC au moyen d'encre à base végétale.

Afin de réduire les frais d'impression, pratiquement toutes les publications du Fonds des Nations Unies pour la population sont disponibles gratuitement en ligne sous forme électronique, en PDF ou en MsWord. Les demandes de publications sur support papier seront honorées dans la mesure des disponibilités. S'adresser à : publications@unfpa.org

Nous vous invitons à partager les informations, à participer au dialogue de politique et à agir pour que toutes les femmes et tous les nouveau-nés puissent bénéficier de services de sages-femmes de qualité.



Chaque femme et son enfant ont droit à des soins de qualité durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum **#SoWMy2014**

#Womenshealth et **#midwives** sont liées. Défendez la cause de la sécurité des femmes : **#SoWMy2014**

#Midwives peuvent éviter les deux tiers des décès maternels. Envoyez un cœur pour **#womenshealth #SoWMy2014**

Chaque femme et chaque enfant ont droit à des soins de santé de qualité. **#SoWMy2014**

La Suède est parvenue à réduire considérablement son taux de mortalité maternelle grâce aux services des sages-femmes. **#SoWMy2014**

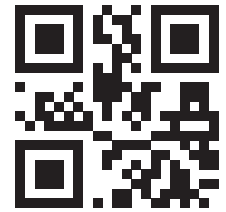
#Midwives contribuent à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

#Midwives jouent un rôle clé dans la réduction **#maternal deaths**. Envoyez un cœur pour **#womenshealth #SoWMy2014**

Appuis :



Coordination : UNFPA
 605 Third Avenue
 New York, NY 10158
 www.sowmy.org



Appuis financiers :



Foreign Affairs, Trade and Development Canada

Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada

