



SWEDD

AUTONOMISATION
DES FEMMES ET
DIVIDENDE
DÉMOGRAPHIQUE
AU SAHEL

SAHEL WOMEN'S
EMPOWERMENT
AND
DEMOGRAPHIC
DIVIDEND

10

SÉRIE SWEDD: GUIDE DE BONNES PRATIQUES

APPROCHE DU MENTORAT CLINIQUE DES SAGES-FEMMES POUR RÉDUIRE LES DÉCÈS MATERNELS ET AMÉLIORER LA SANTÉ REPRODUCTIVE

Les recherches menant à ce Guide ont été dirigées par le Centre Humanitaire des Métiers de la Pharmacie (CHMP) et portent sur le projet SWEDD. Les informations guideront la mise en œuvre du SWEDD+



© UNFPA/Ollivier Girard

Le projet couvre des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre

■ SWEDD (2015–2024) ■ SWEDD+ (2024–2028) ■ SWEDD & SWEDD+

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) a défini le mentorat clinique comme « Une relation d'apprentissage réciproque dans laquelle un mentor et un mentoré conviennent d'un partenariat où ils travaillent ensemble pour atteindre des objectifs mutuellement définis qui permettront de développer les compétences, les capacités, les connaissances et/ou la réflexion d'un mentoré » (ICF 2020). Il s'agit d'une approche spécifique du soutien professionnel dans laquelle le mentor et le mentoré entament une relation d'apprentissage mutuellement convenue, équitable et réciproque.



Dans le cadre plus spécifique du Mentorat clinique des sages-femmes, la définition suivante est la plus consensuelle : « *c'est une relation interpersonnelle d'égal à égal, de soutien, d'échanges et d'apprentissage au cours de laquelle une sage-femme expérimentée en pratique clinique dans le domaine de santé de la reproduction (Mentore), transfère volontairement son expérience et son expertise à d'autres sages-femmes qui ont des compétences à acquérir (Mentorées) et qui acceptent librement et de commun accord d'être guidée sur site clinique pendant une durée déterminée* » (UNFPA-WCARO, 2019).



© UNFPA/Ollivier Girard

Le besoin de Mentorat dans l'Afrique de l'Ouest et du Centre

Le Groupe d'experts indépendants pour la santé des femmes et des enfants (iERG) a indiqué dans son rapport final de 2015 que « *les acteurs en santé globale ont largement échoué à mobiliser l'action requise pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence* » (Brun et al. 2020). Dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, cette lacune est évidente dans les indicateurs de santé maternelle inquiétants, avec toujours un ratio de mortalité maternelle et néonatale élevé (679/100.000 naissances vivantes), malgré les progrès réalisés au cours des dix dernières années (UNFPA World Population Dashboard). Une revue réalisée par UNFPA-WCARO sur la mortalité maternelle (Dougrou, sans date) montre qu'en Afrique de l'Ouest et du Centre, les pays ayant un taux élevé d'accouchements assistés par un personnel qualifié ne sont pas nécessairement ceux où la mortalité maternelle est la moins élevée. Par exemple, six pays dans la région (le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Libéria, le Mali, et le Sierre-Léone), où le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié était supérieur à 60 pour cent en 2020, font partie de ceux où la mortalité maternelle en 2020 reste toujours supérieur à 400 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes. Cette réalité pose indubitablement la question de la qualité des prestations mais interroge surtout sur les compétences du personnel prétendument qualifié. Une approche de Mentorat est prévue pour adresser les lacunes.

Sources : <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard> ; <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=ZG> ; Dougrou, Document de travail sans date, en utilisant les données de Population Data Portal, <https://pdp.unfpa.org/> ; Brun et al., 2020.

Depuis 2010, le mentorat est mis en œuvre dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, notamment dans ceux couverts par le projet SWEDD, en tant que stratégie innovante et prometteuse en matière de santé de la reproduction et de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, via l'amélioration de la prévalence contraceptive et de la qualité des soins maternels et néonataux.

Le présent document a pour but d'informer sur les processus de mentorat clinique des sages-femmes, initiés dans trois pays du projet SWEDD étudiés pour ce Guide (le Mali, le Burkina Faso, et le Niger). Il analyse les spécificités dans chaque pays, tire les leçons apprises et les bonnes pratiques, mais rend également compte des difficultés rencontrées dans la formation des sages-femmes dans la région. Ces processus se sont déroulés en quatre phases.

Méthodologie et échantillonnage :

Échantillon : Experts de 3 pays du SWEDD (le Burkina Faso, le Mali et le Niger).

Sources principales de données : Sources documentaires et synthèses des entretiens avec les personnes clés.

Méthodologie de collecte : Qualitative, avec un guide de conversation élaboré à travers la contribution d'un groupe d'experts.

Méthodologie d'analyse : Transcriptions, des enregistrements audio et des notes, analysés manuellement.

Dates : novembre 2022 à janvier 2023

Voir les annexes ci-jointes pour plus de détails sur la méthodologie et l'échantillonnage.

PHASE

1

ADOPTION ET PRÉPARATION DU DÉMARRAGE DU MENTORAT

Le processus de mise en œuvre du mentorat a été lancé par une série de rencontres de plaidoyer en direction des parties prenantes sous l'impulsion de l'UNFPA et de l'équipe SWEDD de la Banque mondiale, avec la participation des sociétés savantes telles que la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO), la Société des Gynécologues et Obstétriciens du Burkina Faso (SOGOB), la Fédération Africaine des Sages-Femmes d'Afrique Francophone (FASFAP), les Associations et Ordres de sages-femmes, l'Association des sages-femmes du Mali, et autres. Ces rencontres ont permis, d'une part de renforcer la prise de conscience des parties prenantes et, d'autre part, d'élaborer les outils pédagogiques afin d'enclencher la formation des formateurs, compte tenu de l'urgence de la question du renforcement des capacités des ressources humaines en matière de réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale. Ces entretiens ont permis, en plus, de noter que l'implication de toutes les parties prenantes constitue une pratique prometteuse, garantissant la transparence du processus et l'adhésion des partenaires.

Avant le lancement du programme de mentorat en 2012, un plaidoyer initié par le bureau régional de l'UNFPA, en collaboration avec la SAGO et l'Association des sages-femmes, a été mené au niveau de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) du Burkina Faso en faveur de l'amélioration de la qualité des enseignements en santé de la reproduction. En outre, les Associations de sages-femmes ont joué un rôle de premier plan dans le plaidoyer auprès du gouvernement du Burkina Faso et des partenaires pour l'introduction du mentorat clinique en tant qu'approche de renforcement de capacités.



© UNFPA/Ollivier Girard

Une sage-femme membre de l'Association de sages-femmes a d'ailleurs déclaré : « *Nous ne cesserons pas de plaider. La sensibilisation et le plaidoyer sont des activités phares des associations socio-professionnelles de santé afin de répondre à la vision de la Confédération internationale des sages-femmes du monde, qui souhaite que chaque femme et chaque bébé aient leurs sages-femmes. Pour cela il faut que le personnel soit disponible partout.* »

Par la suite, chaque pays a suivi un processus un peu différent. Au Burkina Faso, l'adoption du mentorat s'est faite suite aux évaluations des besoins en Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) réalisées en 2010 et 2014 qui ont révélé une insuffisance de compétences des prestataires de maternités (sages-femmes/maïeuticiens d'États et Accoucheuses Auxiliaires) et des indicateurs de santé maternelle et néonatale peu satisfaisants par rapport aux objectifs nationaux. Le guide du mentorat a été élaboré avec l'appui de la Société de gynécologues et obstétriciens du Burkina (SOGOB), de l'UNFPA, de l'Association Burkinabè des Sages Femmes et Maïeuticiens d'État (ABSFM) et de l'organisation Développement sans frontières (DSF). Les différentes Directions régionales de la santé (DRS) du pays ont bénéficié d'une dotation en modèles de démonstration anatomiques pour les travaux pratiques avant le recrutement des mentors. A cet égard, le Burkina Faso s'est inspiré des modèles du mentorat mise en place à Madagascar et au Ghana.

Au Mali et au Niger, la mise en œuvre du mentorat a bénéficié des expériences déjà démarrées au Burkina Faso et des initiatives régionales. Il convient de signaler que dans ces deux pays la mise en œuvre des Centres d'Excellence¹ a joué un rôle catalyseur dans le démarrage du mentorat.

Au Mali, le projet SWEDD a participé à la définition du programme de mentorat clinique en collaboration avec les parties prenantes (UNFPA, Ministères de la santé, et l'Association des sages-femmes du Mali). A cet effet, le SWEDD a contribué à la validation du guide national de mentorat clinique qui décrit les objectifs opérationnels du mentorat, les approches de mise en œuvre, les critères de choix des mentores (les sages-femmes assurant le mentorat), les tâches des mentores, le dispositif de suivi-évaluation, etc. L'adoption du mentorat s'est faite suite aux différentes rencontres organisées par le Bureau Régional de l'UNFPA dans le cadre du projet SWEDD, qui soutenait le projet de développement d'un centre d'excellence pour le mentorat clinique des sages-femmes basé à l'ENSSP de Nouakchott en Mauritanie.¹ Un consultant a été recruté pour développer les différents outils du mentorat pour le Mali, avec l'appui du bureau pays UNFPA Mali.

Le Mentorat en pratique : Exemple du Burkina Faso

La vidéo intitulée « [Sauver des Vies Grâce au Mentorat](#) » (Saving Lives through Mentoring), réalisée par UNFPA Burkina Faso, offre des observations des mentores, des mentorées, et des autorités du système de santé du pays à l'égard du mentorat. Voici une sélection de quelques citations :

- 🕒 Tout ne peut pas être parfait. Il est normal d'être corrigé jusqu'à ce que vous alliez mieux. Si je fais quelque chose de mal, la mentore me montre comment le faire (Une mentorée).
- 🕒 À mon arrivée, la plupart de mes connaissances étaient théoriques. J'ai eu des problèmes pour m'entraîner, par exemple pour faire un accouchement par le siège. Mais j'ai pu apprendre (Une mentorée).
- 🕒 Depuis la mise en place du programme de mentorat des sages-femmes, nous avons constaté... beaucoup d'améliorations des indicateurs, même si nous n'avons pas encore atteint les niveaux attendus. Par exemple, les consultations prénatales sont passées de 25 à 50 pour cent (le Directeur de Santé reproductive d'un district participant).
- 🕒 La mise à l'échelle de ce type de programme nécessite l'intégration de cette stratégie dans la planification annuelle (la Directrice de Santé de la Famille).

Voir la vidéo : <https://www.youtube.com/watch?v=nioFMUgljTo>

¹ Voir le Guide de bonnes pratiques #11 pour plus de détails sur les Centres d'Excellence.

Au Niger, le mentorat a été adopté dans le programme de perfectionnement des sages-femmes dans le cadre du projet SWEDD et répondait aux mêmes préoccupations qu'au Burkina Faso, à savoir améliorer la qualité des soins maternels en vue de réduire la mortalité du couple mère-enfant.

Dans les trois pays, les échanges avec les acteurs clés de la mise en œuvre du mentorat ont mis en évidence, chez les personnes mentorées comme chez les non mentorées, un intérêt à prendre en compte des évidences pour l'adoption des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.



Leçon #1 : La prise en compte des évidences et des indicateurs de santé pour une évaluation des besoins en matière d'amélioration de la santé maternelle, néonatale et de la santé de la reproduction confère de la pertinence et de la cohérence à l'initiative du mentorat.



Leçon #2 : L'engagement des parties prenantes est une étape importante pour l'établissement des mentorats.

PHASE

2

LE RECRUTEMENT DES MENTORES

Le processus de recrutement et de sélection finale des mentores s'est fait avec l'implication des ministères de tutelle et des partenaires techniques et financiers (Banque mondiale, UNFPA, OMS, UNICEF) ainsi que des sociétés savantes qui ont contribué à l'élaboration des critères de sélection. Dans tous les pays, les mentores ont été recrutés sur une base de critères établis et acceptés par les instances régionales (UNFPA, la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), la Fédération de sages-femmes d'Afrique francophone (FASFAF) et la Société africaine des gynécologues et obstétriciens (SAGO)), avec quelques différences entre pays.



© UNFPA/Ollivier Girard

L'Association des sages-femmes du Mali a procédé à l'identification et la sélection des sages-femmes mentores en se basant sur des critères suivants: (i) expérience professionnelle de plus de 5 ans ; (ii) expérimentée dans l'offre de soins en santé maternelle, néonatale et infantile ; (iii) connaissances en santé de la reproduction ; (iv) sens élevé de communication ; (v) ouverture d'esprit ; (vi) attention aux besoins de la mentorée, amabilité, motivation, empathie, persévérance, capacité d'écoute et de partage, volontariat, disponibilité et dynamisme; ainsi qu'une connaissance des problèmes de la zone sanitaire; (vii) compétence en SONU; (viii) à la retraitée ou en activité ; et, (ix) inscription au tableau de l'ordre des sages-femmes. Sous la direction du Comité national de mentorat, avec la participation de tous ces démembrements ou antennes régionales, y compris l'Association des sages-femmes, l'identification des mentors a été réalisée. Au Burkina Faso, selon les entretiens avec les répondants de ce pays, certaines écoles comme Magnificat ont mis d'avantage l'accent sur l'expérience et l'ancienneté. Le processus de recrutement et de sélection finale des mentores a donné lieu à un appel public au recrutement et à l'implication des parties prenantes, à savoir les ministères de tutelle (Santé et Enseignement supérieur), les partenaires techniques et financiers (Banque mondiale, UNFPA, OMS, UNICEF), ainsi que les Sociétés Savantes.

Au Niger, les mentors ont été recrutés par test organisé par le Ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales en collaboration avec l'Association des sages-femmes du Niger. Pour la transparence du processus, un appel à candidature a été largement diffusé, et les dossiers des candidatures ont été sélectionnés sur la base des critères.



LEÇON #3 : L'adoption de critères consensuels de sélection des mentores, basés sur les orientations du bureau régional de l'UNFPA et des Sociétés savantes, permet d'harmoniser les pratiques de formation en matière de mentorat à travers les pays.



© UNFPA/Ania Gruca

FORMATION DES MENTORS ET MISE EN ŒUVRE DU MENTORAT

Le développement des outils de formation a été encadré par les Ministères de tutelle (Santé et Enseignement Supérieur). Des outils pédagogiques ont été élaborés et validés tout d'abord au niveau régional. Un plan d'action budgétisé 2020-2023 pour la formation des formateurs a été élaboré. La formation des mentors dure généralement deux semaines.

La formation dans les trois pays a couvert toutes les thématiques pertinentes à la profession de sages-femmes et a favorisé la maîtrise et l'appropriation des thématiques par les sages-femmes à travers la simulation et les jeux de rôles. En particulier, elle a traité les principales causes de mortalité maternelle. « *Le mentorat permet d'accompagner de manière personnelle les sages-femmes, maïeuticiens et accoucheuses afin de renforcer leurs compétences pour une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés qui sont sous leur responsabilité* » souligne une sage-femme au Burkina Faso.

Les séances de mentorat se déroulent sur une période d'au moins deux jours dans les formations sanitaires des mentorées avec une périodicité d'une fois tous les deux mois ou selon le besoin de la mentorée. Ces séances favorisent le développement d'une relation interpersonnelle avec la mentorée, fondée sur le respect et la confiance réciproques, les discussions sur les compétences à acquérir par la mentorée, la rédaction d'un plan de résolution des problèmes (plan d'action) avec la mentorée, et une planification des prochaines étapes. Orientée par les besoins du personnel mentoré, le mentorat clinique se déroule sur site en situation de face à face et peut se poursuivre par un appui à distance (par téléphone, SMS, e-mail, et applications diverses).

Selon les répondants des entretiens réalisés avec les informateurs clés, le mentorat peut réduire la fréquence des évacuations pour complications à la ligne de base et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, au changement des comportements des agents, à l'amélioration de la qualité de l'organisation du travail, et à la mise en place de bonnes pratiques, telles que l'utilisation du partogramme et des médicaments, une attitude différente envers les mères, et une meilleure gestion



active de la troisième phase du travail. Un maïeuticien et mentore du Burkina Faso a expliqué : « *Le rôle de la mentore consiste à un coaching de près de la mentorée. La mentore doit travailler avec la mentorée à relever les insuffisances de celle-ci. Elle doit partager son expérience, aider sa mentorée à parfaire ses gestes dans son travail afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale* ». Ces entretiens ont aussi illustré que les formateurs sont compétents, maîtrisent les sujets, et sont très ouverts. Pour les femmes membres de la communauté, on constate une diminution du temps d'attente (en moyenne, 20 à 30 minutes au niveau du Centre de santé communautaire (CSCoM) avant leur prise en charge), une satisfaction affichée quant à l'accouchement assisté, à l'écoute et à l'accompagnement, ainsi qu'au conseil rendez-vous ; et, la capacité à différencier les sages-femmes ayant bénéficié du mentorat des autres sages-femmes au regard de leur sens d'écoute et d'empathie envers les femmes.

Cependant, bien que des améliorations dans la qualité des soins maternels à la suite de l'instauration du mentorat aient été constatées, elles n'ont cependant pas été documentées. Un exemple est au Burkina Faso, où le mentorat clinique a été testé dans les régions du centre, des Hauts Bassins, et de la Boucle du Mouhoun.

Comparé à la supervision formative, le mentorat clinique met un accent sur le relèvement des compétences et les aptitudes du personnel mentoré. En effet, les entretiens révèlent ce qui suit : « *Les mentorées sont coachées par des sages-femmes plus expérimentées sur la base d'un programme de renforcement, préalablement établi avec un focus sur la pratique. En plus la mentore se déplace sur le lieu de travail de la mentorée pour vivre les réalités de son service et profite de cela pour prodiguer aussi des conseils sur la gestion de la maternité. Les mentorées avec l'appui technique des mentores s'affirment vite et développent une capacité de maîtrise et de prise en charge adéquates des pathologies liées à l'accouchement. Pour elles, la formation classique est beaucoup plus axée sur les cours théoriques ; dans le mentorat, il y a le suivi, la supervision et la communication constante entre les mentores et mentorées* » (Sage-femme mentorée, Mali).

Le mentorat répond également aux problèmes et besoins sanitaires du lieu d'accueil. Les mentorées, avec l'appui technique des mentores, s'affirment vite et développent une capacité de maîtrise et de prise en charge adéquates des pathologies liées à l'accouchement, tel qu'exprimé par une sage-femme mentorée au Mali : « *nos mentores nous ont beaucoup soutenu dans la mise en œuvre de l'accouchement artificiel, un défi pour nous. Elles sont disponibles à communiquer avec nous à n'importe quelle heure. Depuis notre arrivée, il n'y a plus de femmes en accouchement référées vers d'autres centres de santé ; nous pensons que nous sommes suffisamment outillées pour faire face aux cas quotidiens* ».



Les entretiens avec les informateurs clés au Mali ont permis d'identifier plusieurs pratiques prometteuses et innovantes. L'accompagnement des mentorées se fait sur le site de la formation sanitaire où la mentore séjourne quelques temps (en moyenne trois jours) pour travailler avec la mentorée en situation réelle, rendant ainsi l'apprentissage plus dynamique et plus efficace. Il s'agit notamment d'une formation axée d'avantage sur la pratique que sur la théorie, en mettant l'accent spécifiquement sur le savoir-faire au chevet du patient. De plus, l'accompagnement des mentores se fait par communication téléphonique, via la plateforme WhatsApp, le partage de vidéo, et la supervision, offrant ainsi plusieurs façons d'interagir.



LEÇON #4 : La pratique du mentorat est un moyen faisable pour pallier les lacunes de la formation de base et favoriser ainsi la mise à jour des compétences des sages-femmes sur l'évolution de la pratique.



LEÇON #5 : L'exhaustivité des thématiques abordées lors des formations des mentores, soutenue par les jeux de rôle, la qualité des enseignements, et l'implication des acteurs nationaux et des partenaires techniques et financiers, sont des éléments cruciaux pour un mentorat efficace.



LEÇON #6 : La mise en œuvre d'un mentorat permet, chez les sages-femmes mentorées, d'augmenter la confiance en soi, contribuant ainsi à une meilleure productivité et à des soins de santé maternelle de plus haute qualité.



LEÇON #7 : L'existence d'une institution dédiée au mentorat (comme un comité national de mentorat avec des démembrements et/ou antennes dans toutes les zones couvertes par le projet au Mali, et un groupe technique de travail sur le mentorat au Burkina Faso et au Niger) est un élément fondamental de la réussite de la mise en œuvre du mentorat.

PHASE

4

PROCESSUS D'ÉVALUATION DU MENTORAT ET DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE

Les pays suivent des processus différents. Au Mali, par exemple, l'approche du mentorat est intégrée aux activités traditionnelles de supervision, suivi et évaluation. L'Association des sages-femmes du Mali (ASFM) en est la porteuse et l'initiatrice. Avec l'appui des partenaires techniques et financiers, ASFM a introduit l'approche du mentorat au Mali et participe à la sélection des sages-femmes mentores et mentorées, ainsi qu'au suivi et à la supervision des activités du mentorat. À travers ses sages-femmes mentores, L'ASFM procède à l'encadrement sur les lieux de stages et dans les structures d'accueil, avec la présence d'un point focal dans chaque lieu de stage. La pérennisation de cette approche, qui repose sur le transfert de compétences in situ, nécessite son intégration dans les programmes quotidiens, notamment dans les termes de référence des activités traditionnelles de supervision, suivi et évaluation.

Malgré les pratiques prometteuses et les bonnes leçons apprises, quelques difficultés ont été rencontrées. La première concerne l'insuffisance des moyens financiers et logistiques, en particulier l'insuffisance de ressources



© UNFPA/Ollivier Girard

financières pour les sorties de mentorat. De plus, dans certains cas, le manque de modèles anatomiques (mannequins) pour l'exercice avec les mentorées sur le site a été constaté. La réalisation de coaching à distance a été difficile à assurer comme sollicité par certaines sages-femmes. Dans les mentorats, les conflits de leadership ont été observés entre les mentores et les infirmières-chefs ; cela a soulevé un autre défi. L'assurance des mentores pour les mentorées était difficile aussi, avec les défis liés au non-remplacement des mentores affectés dans d'autres localités ou admises à la retraite. Il manquait un bon suivi post-mentorat. Finalement, ces défis ont été exacerbés dans le cas du Mali et du Burkina Faso à cause des questions sécuritaires dans ces deux pays.



LEÇON #8 : La mise en œuvre du mentorat devrait donner lieu à un document programmatique tel qu'un plan stratégique national ou un plan de mise en œuvre du mentorat dans les pays qui souhaiterait s'y lancer.

En effet, l'absence d'un cadre institutionnel et programmatique ne permet pas de pérenniser ou de faire un bon suivi de la pratique dans certains pays.

RÉSUMÉ DES LEÇONS CLÉS

Phase 1 : L'adoption et la préparation du démarrage du mentorat	1	La prise en compte des évidences et des indicateurs de santé pour une évaluation des besoins en matière d'amélioration de la santé maternelle et néonatale et de la santé de la reproduction confère de la pertinence et de la cohérence à l'initiative du mentorat.
	2	Un engagement des parties prenantes est une étape importante pour l'établissement des mentorats.
Phase 2 : Le recrutement des mentors	3	L'adoption de critères consensuels de sélection des mentores, basés sur les orientations du bureau régional de l'UNFPA et des Sociétés savantes, permet d'harmoniser les pratiques de formation sur le mentorat.
Phase 3 : La formation des mentors et la mise en œuvre du mentorat	4	La pratique du mentorat est un moyen faisable pour pallier les défaillances de la formation de base et favoriser ainsi la mise à jour des compétences des sages-femmes sur l'évolution de la pratique.
	5	L'exhaustivité des thématiques abordées lors des formations des mentores soutenue par les jeux de rôle, la qualité des enseignements, et l'implication des acteurs nationaux et des partenaires techniques et financiers sont des inputs importants pour un mentorat efficace.
	6	La mise en œuvre d'un mentorat permet, chez les sages-femmes mentorées, d'augmenter la confiance en soi, contribuant ainsi à une meilleure productivité et à des soins de santé maternelle de plus haute qualité.
	7	L'existence d'une institution dédiée au mentorat est un élément fondamental de la réussite de la mise en œuvre du mentorat.
Phase 4 : Le processus d'évaluation du mentorat	8	La mise en œuvre du mentorat devrait donner lieu à un document programmatique tel qu'un plan stratégique national ou un plan de mise en œuvre du mentorat dans les pays qui souhaiterait s'y lancer.

ANNEXE 1 : Méthodologie et échantillonnage

I. La méthodologie de collecte des données

Les informations contenues dans ce Guide ont été recueillies lors d'entretiens organisés par le Centre hospitalier des métiers de la pharmacie (CHMP) auprès de répondants sélectionnés dans le cadre de la documentation rétrospective sur la conceptualisation et la mise en œuvre de l'expérience de l'approche de mentorat clinique des sages-femmes comme un modèle contextualisé pour réduire les décès maternels. Parmi tous les pays SWEDD, le Burkina Faso, le Mali et le Niger ont opté de participer dans les entretiens pour cette thématique. Les répondants de chaque pays ont été proposés par les IPs et les consultants, en liaison avec les UGP. L'organisation des conversations s'est faite en face à face, ou virtuellement dans les circonstances où le face à face n'était pas possible. Les facilitateurs/trices ont été munis d'un guide de conversation développé par le partenaire technique et qui comportait des questions sur l'expérience de l'approche de mentorat clinique des sages-femmes. Lors des conversations, les facilitateurs/trices, à l'aide d'appareils d'enregistrement personnels (téléphones, tablettes, etc.), enregistraient les conversations puis les décryptaient plus tard avant de les consolider en synthèse.

II. Les sources de données

Les informations ont été recueillies à travers les interviews avec des informateurs clés pour l'expérience de l'approche de mentorat clinique des sages-femmes dans les trois pays du SWEDD listés ci-dessus. Ces informateurs ne constituent pas un échantillon systématique, mais sont plutôt la représentation d'un « échantillon de commodité et d'expériences plus accessibles à travers ces pays » et qui permettent de tirer parti de la capacité existante du SWEDD. Les informateurs pays sont décrits dans l'Annexe 2. Certaines données proviennent d'une revue des documents du projet.

ANNEXE 2 : Tableau des personnes enquêtées

Informateurs interrogés	Pays
10 personnes : 1 expert UGP, 1 expert UNFPA, 1 autorité locale, 4 agents DBC et 3 membres de la communauté	Burkina Faso
10 personnes : 1 expert UGP, 1 expert UNFPA, 1 autorité locale, 4 agents DBC et 3 membres de la communauté	Mali
10 personnes : 1 expert UGP, 1 expert UNFPA, 1 autorité locale, 4 agents DBC et 3 membres de la communauté	Niger



Bibliographie

Brun M, Monet JP, Moreira I, Agbigbi Y, Lysias J, Schaaf M, Ray N. 2020. Améliorer les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). - Manuel de mise en œuvre pour le développement d'un réseau national de maternités de référence. United Nations Population Fund (UNFPA).

Cisse, Pr. Cheikh A. Tidiane et Dr Mariam Sakiliba Sangare. Sans date. Carnet du participant à une formation de sages-femmes mentors en Afrique de l'ouest et du centre. Document issu de la Mauritanie sur le programme de formation de mentorat des Sages femmes en Afrique de l'ouest et du centre.

Dougrou. Sans date. Réduire La Mortalité Maternelle en Afrique de l'ouest du Centre par Un Encadrement De La Pratique de Sage-Femme: Le Mentorat. Document de travail (non-publié) préparé par Sosthène Dougrou MD-MPh, spécialiste technique du renforcement du système de santé UNFPA-WCARO. (En utilisant les données de Population Data Portal, pdp.unfpa.org).

International Confederation of Midwives (ICM). 2020. Recommandations sur le mentorat pour les sages-femmes. https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/12/10889---icm-mentoring-guidelines_fre_ab.pdf

UNFPA, International Confederation of Midwives et WHO. 2021. État de la Pratique Sage-femme dans le monde 2021. www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-FRv5173.pdf

UNFPA. 2014. 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. www.unfpa.org/fr/publications/letat-de-la-pratique-de-sage-femme-dans-le-monde-2014

UNFPA. 2011. L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2011 : Naissances réussies, vies sauvées. www.unfpa.org/fr/publications/letat-de-la-pratique-de-sage-femme-dans-le-monde-2011

UNFPA-WCARO. Avril 2019. Référentiel régional pour le mentorat clinique des Sages-femmes en Afrique de l'Ouest et du Centre. Avril 2019. Document de travail.

West African Health Organisation (WAHO). July 2014. Harmonized Training Curriculum for Nurses and Midwives in ECOWAS Region: Bachelors of Nursing and Obstetrical Sciences. www.wahoas.org/web-ooas-prod/sites/default/files/publications/1093/curriculumharmonisedeformationdesinfirmiersetsage-femmes.pdf

World Bank. Project Appraisal Document (PAD). 2015. <https://documents1.worldbank.org/curated/ar/727331467986282506/PAD1137-FRENCH-PAD-P147638-PUBLIC-Box391458B-GER-Version-French-PAD-P147638-Final.docx>

Ce Guide fait partie d'une série qui documente d'une manière rétrospective le processus de mise en œuvre des interventions du projet SWEDD, et décrit les bonnes pratiques, les défis et les leçons apprises. Le projet "Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel" (SWEDD) a été lancé en novembre 2015 avec le soutien financier de la Banque mondiale, et l'appui technique du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et de l'Organisation Ouest-Africaine pour la Santé (OOAS). Le SWEDD vise l'accélération de la transition démographique, le déclenchement du dividende démographique, et la réduction des inégalités du genre au Sahel. La motivation pour cette série est le fait que le SWEDD est devenu un cadre stratégique pour les décideurs politiques, les leaders d'opinion (chefs traditionnels et religieux, et autres leaders communautaires), et la communauté permettant de traiter ensemble des sujets considérés comme sensibles dans la région. C'est pourquoi il a été jugé nécessaire de partager les processus qui ont jalonné le projet. Cela inclut la description des expériences, les leçons apprises et les recommandations. Ces données probantes pourraient enrichir les programmes pour le SWEDD+ et également enrichir d'autres initiatives en matière d'égalité de genre et d'autonomisation des adolescentes et des jeunes femmes. Au total quatre Guides de cette série, dont celui-ci, visent à documenter les expériences de mises en œuvre dans le cadre des interventions du composante 2 du SWEDD avec l'objectif d'améliorer l'offre de service de santé de reproduction. Il s'agit des interventions en matière de Distribution à Base Communautaire (DBC) pour rapprocher les services et produits des communautés (Guide numéro 9) ; les expériences en matière de renforcement de capacités du personnel soignant notamment les sage-femmes grâce à la mise en place du mentorat (Guide numéro 10) et des centres d'excellence (Guide numéro 11) ; et le déploiement de ces sage-femmes pour combler le déficit de personnel sur le terrain notamment dans les zones rurales (Guide numéro 12). Toutefois l'exploitation des enseignements issus de cette documentation n'implique pas la prise en compte systématique et simultanée des quatre interventions.