

AUTONOMISATION
DES FEMMES ET
DIVIDENDE
DÉMOGRAPHIQUE
AU SAHEL

SAHEL WOMEN'S
EMPOWERMENT
AND
DEMOGRAPHIC
DIVIDEND

12

SÉRIE SWEDD: GUIDE DE BONNES PRATIQUES

FORMATION ET DÉPLOIEMENT DES SAGES-FEMMES EN MILIEU RURAL

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+

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, la disparité en matière de santé publique entre les zones rurales et urbaines demeure une préoccupation constante, tant au niveau des infrastructures de santé que des ressources humaines.

Le concept d'un « pipeline rural » (Durey et al., 2015) a été intégré dans le projet SWEDD comme une alternative crédible aux défis persistants liés à la disponibilité, à la qualité et à la rétention des sages-femmes dans les zones rurales, particulièrement au nord des pays en proie à l'insécurité tels que le Mali et le Tchad. Ce projet vise également à renforcer les compétences en matière de pratique chez les sages-femmes ainsi que chez les infirmières et d'autres professionnels de la santé qualifiés.



L'approche du pipeline rural consiste à former, à employer, et à fidéliser les agents de santé résidant dans les zones rurales ou limitrophes, afin de fournir des soins de qualité aux communautés. Cela contribue à la politique de santé communautaire. La formation et le déploiement des sages-femmes dans le cadre de cette approche contribuent à améliorer leurs capacités à fournir les services de santé reproductive et de santé maternelle et infantile, pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et améliorer l'utilisation de la contraception, notamment en zone rurale. Ce Guide décrit les différentes expériences à travers les pays dans la mise en œuvre du pipeline rural pour la formation et le déploiement des sages-femmes au milieu rural, la pertinence de l'approche, et les goulots et les opportunités rapportés par les données de terrain et/ou perçus par les acteurs de la mise en œuvre de cette intervention afin d'en tirer les leçons.

Échantillon : Experts de 2 pays du SWEDD : Le Mali et le Tchad.

Sources principales de données :

Sources documentaires telles que : L'état de la pratique de la sage-femme dans le monde ; Le Curriculum harmonisé de formation en sciences infirmières et obstétricales pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre ; Le PAD : Document du projet SWEDD (voir la bibliographie). Les synthèses des entretiens avec les personnes clés analysées par les points focaux de CHMP.

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 par le CHMP.

Dates : novembre 2022 à janvier 2023.

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



© UNFPA/Ollivier Girard

Le développement d'un curriculum harmonisé pour l'Afrique de l'Ouest

Pendant la période de 2013 à 2015, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), et l'Alliance mondiale des professions de santé ont conjointement entrepris une évaluation de la formation des sages-femmes dans onze pays francophones. Une analyse de six de ces pays (Bénin, Congo, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie et Sénégal), réalisée par Nove (2018), a révélé la nécessité d'investir dans la formation des agents de santé pour améliorer l'offre de soins. En outre, le rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde en 2014 (UNFPA, 2014) cite des difficultés liées à la disponibilité et à la qualité du personnel enseignant, des équipements, et des opportunités offertes aux étudiants d'acquérir une expérience pratique. Ces obstacles sont à la base des niveaux élevés de mortalité maternelle, infantile et néonatale, ainsi que du faible niveau de santé reproductive, y compris l'utilisation de la contraception, dans la région.

Sept ans plus tard, ces mêmes difficultés persistaient, comme le souligne clairement l'édition 2021 du rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde (UNFPA et al., 2021). Cette édition souligne que parmi les facteurs qui empêchent le personnel de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile, nutritionnelle et pour des adolescentes (SRMNIA) de répondre à l'ensemble des besoins figurent l'insuffisance des effectifs, un éventail inefficace de compétences au sein des équipes, la répartition inégale du personnel, les différences de niveau et de qualité des programmes d'éducation et de formation, le nombre limité de formateurs qualifiés (y compris pour la supervision et le mentorat), et une efficacité réglementaire limitée.

Au Tchad, selon les données les plus récentes disponibles (EDS-MICS 2014-2015), le pays connaît un déficit en personnel sages-femmes. Le manque de personnel qualifié ainsi que sa répartition inégale sont des problématiques invoquées de manière récurrente dans la région ouest africaine, où la disparité entre les zones urbaines et rurales persiste (Sidibé et al., 2018). Il en est de même au Mali où il y a une concentration des sages-femmes dans les zones urbaines, notamment à Bamako, et où les normes édictées par l'OMS sont loin d'être atteintes.

Face à cette évidence, la nécessité d'améliorer la formation des sages-femmes dans les pays francophones d'Afrique et de le faire d'une manière standardisée et reproductible a été reconnue par l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) en fonction des compétences identifiées par la Confédération internationale des sages-femmes (UNFPA et al., 2021). En conséquence, et afin d'harmoniser la formation des personnels infirmiers et sages-femmes dans la région, l'OOAS a développé le Curriculum harmonisé de formation en sciences infirmières et obstétricales pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WAHO 2014). Ce Curriculum intègre la santé de la reproduction et la santé de la mère et de l'enfant dans le cadre des activités de la sage-femme.



Quelques bonnes pratiques de pipeline rural : Approche Pipeline Rural et Communes de convergence en Guinée

Le Programme Pipeline Rural développé par la Guinée a pour finalité d'améliorer l'utilisation continue des services de santé de qualité des populations les plus vulnérables initialement dans 20 communes dites de convergence de 4 régions administratives.

Quant au programme national d'appui aux communes de convergence (PNACC), il vise à créer un environnement favorable à la Loi sur la décentralisation et la déconcentration, et mutualiser les interventions des secteurs de développement sur un territoire précis afin d'améliorer les conditions de vie des populations et, notamment, l'accès aux services sociaux de base et des services publics de qualité.

Dans l'optique de la mise en œuvre efficace et efficiente du Programme, un document stratégique de planification global de l'Approche Pipeline Rural a été élaboré pour toutes les communes de convergence. De même, un Plan d'Action Global du Programme a été élaboré; le Protocole d'Analyse d'Impact développé; et, les outils connexes au Protocole et les mécanismes pour collecter les données identifiés.

D'importantes recommandations ont été faites à l'attention des communes, des ministères sectoriels concernés, ainsi que les partenaires techniques et financiers.

Source : www.afro.who.int/fr/news/la-guinee-dotee-du-plan-global-du-programme-pipeline-rural



LEÇON #1 : L'adoption par la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) d'un curriculum harmonisé de formation en sciences infirmières et obstétricales représente une avancée majeure vers la standardisation de la qualité de la formation dispensée aux sages-femmes et au personnel infirmier dans toute la région.



© UNFPA/Olivier Girard

Stratégies et structure de la sélection et la formation des personnels dans les zones rurales

Au Tchad, au Mali, et plus généralement dans l'ensemble des pays du SWEDD, afin d'améliorer les conditions de formation et d'apprentissages, le projet a soutenu financièrement le renforcement des capacités physique, technique et organisationnelle des écoles rurales et transfrontalières pour mettre en œuvre des programmes de formation des sages-femmes. Cela s'est concrétisé par la dotation en équipements des institutions et des sites de stage. Le projet a, en outre, renforcé les capacités des superviseurs et encadreurs cliniques au niveau des sites d'apprentissage à travers des formations modulaires de courte durée (World Bank, 2015). Selon les retours des entretiens avec les informateurs clés pour ce Guide, cet investissement a été important, considérant que « *investir dans la formation des sages-femmes est une approche pertinente pour répondre au déficit en personnel qualifié observé dans les pays d'Afrique Sub-Saharienne* » (Autorités locales, Mali).

Le Mali et le Tchad disposent respectivement de 49 et 21 instituts/écoles de formation des sages-femmes. Ces institutions sont chargées, en fonction de leurs capacités, de former les étudiants aux métiers d'infirmiers et de sages-femmes, afin de les mettre à la disposition de leurs pays respectifs. Sous l'approche de « pipeline rural » utilisée dans le projet SWEDD, ces instituts ont contribué à renforcer l'éducation institutionnelle dans les zones rurales, à assurer l'admission d'étudiants qui viennent des zones rurales, à exposer les étudiants à des sites de stages ruraux, et à favoriser une formation pratique plutôt que théorique, y compris les activités de renforcement des capacités connexes qui seront soutenues dans le cadre de la fourniture des services de santé publique dans les zones éloignées. L'objectif de cette approche est de s'assurer que le recrutement et le déploiement ultérieur des agents de santé formés soient alignés sur le lieu et la stratégie de formation. En d'autres termes, une sage-femme formée dans la zone rurale donnée sera recrutée ultérieurement dans cette même zone rurale ou dans une zone rurale limitrophe.

La sélection des sages-femmes a été une phase importante du processus. Par exemple, pour l'ensemble des sages-femmes interrogées lors des entretiens, notamment les responsables de Centre de santé communautaire (CSCoM) du Mali, « *l'existence d'une définition, d'une validation et l'adoption des critères objectifs pour la sélection des sages-femmes (mentors et mentorées) a été une bonne pratique* » appréciée par des acteurs de la santé. Quant au contenu de la formation, « *les sujets de formation ont couvert toutes les thématiques pertinentes à la profession de sages-femmes, la maîtrise et l'appropriation des thématiques par les sages-femmes au moyen de simulation et jeux de rôles* » (Sages-femmes mentorées et responsable de CSCoM, Mali).

De l'analyse des données collectées au Mali et au Tchad, il ressort que les formations administrées selon le curriculum harmonisé ont permis une amélioration des capacités des participantes. Cette formation s'est réalisée dans les deux pays sous deux modalités principales, à savoir la formation de base dans



LEÇON #2 : Un investissement dans la formation des formateurs dans les centres d'excellence et l'acquisition d'équipements et de matériel pédagogique constituent des apports importants pour résoudre les défis auxquels font face les institutions de formation.

Toutefois, ces formations continuent de rencontrer quelques difficultés mises en exergue lors des entretiens avec les sages-femmes. Il s'agit entre autres de l'insuffisance des bâtiments et des ressources humaines de qualité, et la persistance du déficit d'enseignants dans les écoles. Les partenaires sont en train d'essayer de combler ces lacunes, notamment en sollicitant le soutien d'autres partenaires financiers.

Acquérir des ressources supplémentaires pour améliorer la santé publique de zones rurales : Exemple du Mali

La pertinence de l'approche du pipeline rural dans le cadre du projet SWEDD a suscité l'engagement et le soutien d'autres partenaires financiers. Suite à l'initiative soutenue par le projet SWEDD, UNFPA/Mali, dans le cadre du 8ème programme de coopération (CPD8 2020-2024), a lancé l'Initiative « *déploiement des sages-femmes Volontaires des Nations Unies (VNU) en milieu communautaire* » en faveur du renforcement des ressources humaines au profit de l'amélioration de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile dans les zones défavorisées. Cette initiative a été officiellement lancée le 8 mars 2021 avec la mise à disposition du Ministère de la santé et du développement social d'une première cohorte de 50 sages-femmes (dont 49 sages-femmes VNU communautaires et une sage-femme coordonnatrice), sur les 200 qui seraient déployées dans six régions : Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et le district de Bamako. Soutenue par les partenaires (Canada, Italie, Fonds Français Muskoka, Spotlight Initiative), cette initiative couvre les 5 ans du programme de coopération Mali/UNFPA. Au cours de cette période (CPD8 2020-2024), le but est de déployer 200 sages-femmes VNU pour améliorer l'offre des services de santé de la reproduction, en mettant l'accent sur la prévention et la réponse de qualité à la violence basée sur le genre dans les zones rurales difficiles d'accès des régions concernées. Ceci est un exemple de la façon dont des ressources supplémentaires pour des programmes similaires peuvent renforcer la couverture et le succès des initiatives visant à améliorer la santé publique.

les institutions publiques et privées y compris les stages en cours de formation, mais aussi à travers le mentorat clinique des sages-femmes, le mentorat¹ étant une technique d'apprentissage qui s'applique lorsque la sage-femme est déployée en milieu rural.

Plus spécifiquement, l'analyse des données recueillies lors des entretiens individuels auprès des sages-femmes mentorées révèle aussi que cette approche offre « *un accompagnement de carrière, une visibilité accrue et une opportunité de tester et d'appliquer les connaissances théoriques* » (Sage-femme mentorée, Mali). Une élève, issue des centres d'excellence,² a en outre souligné que « *la qualité pédagogique des enseignements ainsi que les supports utilisés pour la formation répondent aux attentes des stagiaires* ». Les sages-femmes mentores, quant à elles, ont insisté sur « *la possibilité de partage d'expérience et de sagesse ainsi que les connaissances sur les opérations et les meilleures pratiques* ». Pour les sages-femmes interrogées lors des entretiens au Tchad, la formation sur le mentorat a permis de combler de nombreuses lacunes sur le terrain en rapport avec leur pratique. Le mentorat leur permet d'être constamment à la recherche du perfectionnement de leur pratique et de se préparer à accompagner ultérieurement d'autres sages-femmes.



¹ Voir le Guide de bonnes pratiques, numéro 10 pour « L'Approche du Mentorat clinique de sages-femmes » pour plus d'information.

² Voir le Guide de bonnes pratiques, numéro 11 sur les centres d'excellence pour plus d'information.

Déploiement des sages-femmes en milieu rural

Au Mali, les recrutements pour le déploiement en milieu rural sont gérés par le Ministère de la fonction publique pour les fonctionnaires de l'État et par le Ministère en charge des collectivités pour les fonctionnaires des collectivités, sur expression des besoins par la Direction des ressources humaines pour la santé. Il est à noter que la sélection des sages-femmes mentores et sages-femmes mentorées repose sur une définition claire, une validation et une adoption de critères, tels que les compétences en SR/PF, la disponibilité, l'acceptabilité et l'accessibilité. Une Responsable de CSCoM au Mali estime d'ailleurs que cela constitue une bonne pratique qui mériterait d'être documentée. Le personnel des Associations de santé communautaires (ASACO) est directement recruté par le CSCoM et rémunéré sur fonds propres. Les personnels affectés doivent rester au moins trois ans dans le même poste avant de pouvoir demander une nouvelle affectation s'ils sont fonctionnaires. Pour le personnel des associations de santé communautaires, tout départ équivaut à une perte d'emploi.



© UNFPA/Ollivier Girard

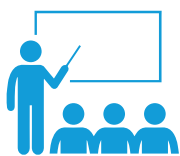
Dans le cadre du SWEDD, à travers le pipeline rural, le Mali a recruté et déployé une première vague de 105 sages-femmes au profit de 105 CSCoM bénéficiaires du projet des collectivités territoriales pour la période 2015-2020 dans les zones reculées. Pour la période 2021 à 2024, le projet SWEDD a vu le déploiement d'une deuxième vague de 323 agents dans 15 régions du Mali. L'initiative a reçu le soutien des plus hautes autorités du pays. La cérémonie de lancement, présidée par le Premier Ministre le 08 novembre 2021, a reconnu la dégradation du système de santé, soulignant la détermination du gouvernement à disposer de personnel de santé de qualité dans les zones périphériques afin de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile et promouvoir la planification familiale. Dans cette logique, le projet SWEDD au Mali a accompagné 15 promotrices de cabinets privés de sages-femmes dans les villes secondaires et zones périurbaines en vue de faciliter l'accès des populations des zones périurbaines et des villes aux soins maternels et néonataux de qualité.

Il faut noter que l'un des critères de déploiement de ces sages-femmes maliennes est l'origine géographique. Autrement dit, les sages-femmes sont affectées en fonction de leurs provenances. C'est le cas des sages-femmes des régions du nord qui ont toutes été formées dans les institutions de formation de Tombouctou et de Gao, où il est quasiment impossible d'affecter des sages-femmes à partir de la capitale. Cette stratégie, mise en œuvre avec succès dans la région de Gao, consiste à former des jeunes et des femmes en soins de SRMNIA, et à les recruter sur place pour les maintenir en zones rurales et défavorisées. Cette initiative, qui vise à assurer la bonne répartition des sages-femmes sur l'ensemble du territoire national, couvre 15 régions du Mali, et s'appuie sur l'extension de la stratégie du pipeline rural à la majorité des régions du pays. Cette initiative sert comme exemple pour les gouvernements des pays de pistes pour le recrutement et/ou l'utilisation des professionnels à la sortie de leur formation. Grâce à cette stratégie, le déploiement a contribué à une augmentation de 40 pour cent de l'effectif des sages-femmes en activité dans les régions retenues dans le cadre de l'initiative sage-femme et une augmentation de 23 pour cent de l'effectif des sages-femmes en activité sur le plan national (Toure 2021).

Les responsables des structures d'accueil des sages-femmes déployées ont exprimé leur satisfaction. Le déploiement a permis « l'amélioration du plateau technique, l'offre des services de qualité, accessible et disponible et la satisfaction des utilisatrices et utilisateurs et l'augmentation de la productivité » et « au niveau du CScCom une augmentation de la fréquentation par les femmes pour des consultations diverses, une augmentation des grossesses suivies ; une augmentation de l'accouchement assisté et la prévalence contraceptive » (Responsable de CScCom, Mali). Une raison possible pour ces augmentations est une diminution du temps d'attente, en moyenne 20 à 30 minutes au niveau du CScCom avant la prise en charge.

Au Tchad, les entretiens avec les sages-femmes ont révélé qu'en recrutant et en offrant aux sages-femmes un salaire, le projet SWEDD a rencontré un certain succès. Pour le responsable d'une structure d'accueil des sages-femmes, « il est clair que le soutien apporté par le projet SWEDD est apprécié et valorisé car il répond à un véritable besoin. Il est aussi évident que les compétences des sages-femmes dans le projet SWEDD sont reconnues ». En outre, certains défis persistent et nécessitent une attention particulière. Il s'agit, entre autres, de l'absence de véhicules dédiés aux unités mobiles lors des sorties, contraignant ainsi les sages-femmes à mener des consultations dans des lieux improvisés et sur des lits de fortune. De plus, des ruptures de stock en produits SR et en consommables médicaux entravent la continuité des services. Par ailleurs, les sages-femmes du projet SWEDD n'ont pas les mêmes droits d'avancement que celles recrutées par l'État dans les services de maternité. Elles ne sont pas élevées à des postes de responsabilités quel que soit leurs compétences car cela est contraire aux règlements de la fonction publique.

Sans solutions à ces défis, le déploiement de sages-femmes rurales risque de rester une tâche ardue.



LEÇON #3 : Un déploiement direct des centres de formation peut contribuer à une augmentation significative de l'effectif des sages-femmes dans les zones du projet et donc à une nette amélioration de l'offre de services de santé maternelle et reproductive dans le pays.



LEÇON #4 : Le déploiement de sages-femmes, notamment dans les zones rurales, permet d'atténuer la pénurie de personnel, d'accroître la disponibilité de l'offre de la SRMNIA et d'améliorer les indicateurs de santé maternelle et de la santé reproductive.

Cela inclut le recrutement de nouvelles utilisatrices des services de planification familiale, et de réduire significativement des évacuations sanitaires. A titre d'exemple, au Mali, le nombre d'évacuations sanitaires est passé de 1154 en 2017 à 363 en 2020 soit une réduction de 218 pour cent dans 105 CScCom concernés par la première phase de l'initiative.



LEÇON #5 : Les mesures incitatives et les dispositions logistiques appropriées sont importantes pour le succès du déploiement de sages-femmes.

Fidélisation des sages-femmes déployées en milieu rural

Dans l'ensemble, la formation et le déploiement de sages-femmes qualifiées dans des zones rurales reste un programme faisable pour la production d'un personnel de qualité qui peut contribuer à une amélioration dans la santé maternelle et reproductive des populations éloignées. Toutefois le déploiement des sages-femmes connaît certaines difficultés liées à la fidélisation des sages-femmes déployées. Il s'agit notamment de la mobilité ou l'instabilité des sages-femmes pour diverses raisons, telles que la quête des nouvelles opportunités de travail, et les facteurs sociaux en particulier le mariage, et le rapprochement du conjoint. Selon les entretiens faits pour ce Guide, cette situation constitue une difficulté majeure. Des discussions avec les experts du Mali et du Tchad, et les informations des documents revus, révèlent qu'il est important en plus de mieux comprendre les conditions de travail et les améliorations nécessaires pour fidéliser les sages-femmes à leurs postes. Spécifiquement, il est important de faire le point sur la répartition géographique et les établissements de santé bénéficiaires des premières vagues de déploiement des sages-femmes afin d'évaluer la couverture des postes de travail couverts par ces cohortes.



Les pays ont pris des mesures visant à maintenir les sages-femmes durant la période du contrat. Par exemple, le projet et les autorités sanitaires du Mali ont mise en place une contractualisation entre les sages-femmes et les Associations de santé communautaire qui gèrent les CSCoM. Il est spécifié dans le contrat que, sauf en cas de permutation de poste entre deux sages-femmes, la sage-femme ne peut pas être mutée durant la période du contrat. Selon les répondants pour ce Guide, ces mesures ont contribué à réduire significativement la question de l'instabilité des sages-femmes.

D'autres mesures visant à accroître l'attraction et la rétention du personnel en milieu rural ont été également proposées. Elles consistent en l'octroi de primes liées aux zones d'affectation dites « difficiles ». La priorité est donnée aux populations de ces zones pour l'attribution de bourses de formation, ainsi que l'organisation de la supervision et des formations continues. Mais ces mesures n'ont pas amélioré la fidélisation des personnels. Les structures telles que les CSCoM n'ont pas la capacité d'attirer ou de maintenir les sages-femmes en milieu rural et les dotations par l'État sont insuffisantes pour couvrir les besoins en sages-femmes. Cette situation et le manque d'attrait du milieu rural pourraient contribuer à aggraver le manque en sages-femmes (Sidibé et al., 2018).

Pour les futures cohortes, une planification reste importante, y compris une cartographie des besoins dans des zones ciblées afin d'identifier clairement les postes de travail à combler lors des prochains recrutements de sages-femmes. Il serait bénéfique aussi de planifier, sur un nombre d'années prédéterminé dans chaque contexte, la couverture des besoins en postes de travail par structure. Cette planification peut être réalisée efficacement grâce à l'établissement d'une cartographie prévisionnelle et pluriannuelle d'affectation des sages-femmes recrutées par la Fonction publique, en intégrant des indicateurs et des outils pertinents pour le suivi-évaluation du plan de déploiement pluriannuel. Finalement, l'attention particulière portée aux questions de rémunérations et aux mesures incitatives, pour l'attrait et la fidélisation des sages-femmes, demeure une lacune persistante.



Leçon #6 : La fidélisation des sages-femmes déployées dans les zones rurales nécessite une intervention et un soutien supplémentaires après leur recrutement et leur déploiement.

Cela inclut une attention particulière aux conditions et lieux de travail, l'assurance du déploiement des fonctionnaires là où ils sont le plus nécessaires, et le développement des formes de rémunérations adéquates et durable. Le suivi-évaluation de ces actions reste toujours important pour identifier et remédier aux lacunes éventuelles.

RÉSUMÉ DES LEÇONS CLÉS

Phase 1 : Le développement d'un curriculum harmonisé	1	L'adoption par la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) d'un curriculum harmonisé de formation en sciences infirmières et obstétricales représente une avancée majeure vers la standardisation de la qualité de la formation dispensée aux sages-femmes et au personnel infirmier dans toute la région.
Phase 2 : Stratégies et structure de la sélection et la formation des personnels dans les zones rurales	2	Un investissement dans la formation des formateurs dans les centres d'excellence et l'acquisition d'équipements et de matériel pédagogique constituent des apports importants pour résoudre les défis auxquels font face les institutions de formation.
Phase 3 : Déploiement des sages-femmes en milieu rural	3	Un déploiement direct des centres de formation peut contribuer à une augmentation significative de l'effectif des sages-femmes dans les zones du projet et donc à une nette amélioration de l'offre de services de santé maternelle et reproductive dans le pays.
	4	Le déploiement de sages-femmes, notamment dans les zones rurales, permet d'atténuer la pénurie de personnel, d'accroître la disponibilité de l'offre de la SRMNIA, et d'améliorer les indicateurs de santé maternelle et de la santé reproductive.
	5	Les mesures incitatives et les dispositions logistiques appropriées sont importantes pour le succès du déploiement de sages-femmes.
Phase 4 : Fidélisation des sages-femmes déployées en milieu rural	6	La fidélisation des sages-femmes déployées dans les zones rurales nécessite une intervention et un soutien supplémentaires après leur recrutement et leur déploiement.

ANNEXE 1 : Méthodologie et échantillonnage

I. Méthodologie de collecte des données

Les informations contenues dans ce Guide ont été recueillies lors d'entretiens organisés par le Centre humanitaire 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 du déploiement des sages-femmes en milieu rural. Parmi tous les pays SWEDD, le Mali et le Tchad ont opté de participer dans les entretiens pour cette thématique. Les répondants de chaque pays ont été proposés par les partenaires techniques et les consultants, en liaison avec les Unités de Gestion du Projet (UGP). Les entretiens ont été organisés en personne ou virtuellement, dans les circonstances où la rencontre en personne n'était pas possible. Les facilitateurs/trices ont été munis d'un guide de conversation, élaboré par le partenaire technique, comportant des questions sur la conceptualisation et l'opérationnalisation du déploiement auxquelles chaque répondant était soumis. 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. Sources de données

Les informations ont été recueillies à travers les entretiens avec des informateurs clés concernant la conceptualisation et le déroulement de l'intervention de formation et déploiement des sages-femmes dans les milieux ruraux des deux pays du SWEDD susmentionnés. 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 au sein du SWEDD. Les détails sur les informateurs nationaux sont décrits dans l'Annexe 2. Par ailleurs, certaines données ont été extraites d'une revue des documents du projet.

ANNEXE 2 : Les personnes enquêtées

Informateurs clés	Pays
7 personnes : 1 expert UGP, 1 expert UNFPA, 1 autorité locale, 4 agents DBC	Mali
7 personnes : 1 expert UGP, 1 expert UNFPA, 1 autorité locale, 4 agents DBC	Tchad

Bibliographie

Coalition des Alternatives Africaines Dette et Développement-Mali (CAD-Mali). Janvier 2021. L'état des lieux des sages-femmes au Mali : cas de la région de Koulikoro, rapport final. www.cadmali.org/IMG/pdf/Rapport_de_l_Etude_sur_l_etat_des_lieux_des_Sages-Femmes_au_Mali.pdf

Durey, A., Haigh, M., & Katzenellenbogen, J. M. 2015. "What role can the rural pipeline play in the recruitment and retention of rural allied health professionals?" *Rural and Remote Health*, 15(3), 346-356.

Fonds français Muskoka. Mali en chiffres. https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2020/07/FFM_FichesPays_MALI_web.pdf

Fonds français Muskoka. Tchad en chiffres. https://ffmuskoka.org/wp-content/uploads/2020/07/FFM_FichesPays_TCHAD_web.pdf

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

Ministère de la santé et du développement social et Ministère de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille. Novembre 2021. Annuaire 2020, système national d'information sanitaire et social (SNISS). Bamako : Gouvernement du Mali <http://www.sante.gov.ml/docs/Annuaire%20SNISS%202020.pdf>

« Nove, Andrea. La qualité de la formation des sages-femmes dans six pays francophones d'Afrique subsaharienne. 2018. » Santé Publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France) 1.HS : 45-55. DOI 10.3917/spub.180.0045.

Sidibé, C., Bintou Traoré, F., Keita, A., Touré, O. & Dieleman, M. 2018. « Intention de quitter les services de premier niveau chez les sages-femmes et infirmières-obstétriciennes au Mali. » Santé Publique, 30, 725-735. <https://doi.org/10.3917/spub.186.0725>

Toure, A.M. 15 novembre, 2021. Santé maternelle et infantile : Le Premier ministre lance officiellement l'initiative recrutement et déploiement de 323 sages-femmes. Maliweb.net. <https://www.maliweb.net/sante/sante-maternelle-et-infantile-le-premier-ministre-lance-officiellement-linitiative-recrutement-et-deploiement-de-323-sages-femmes-2952436.html>

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'Etat 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-Mali. 9 mars 2021. Initiative déploiement des sages-femmes VNU en milieu communautaire. <https://mali.unfpa.org/fr/news/initiative-deploiement-des-sages-femmes-vnu-en-milieu-communautaire-0>

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/curriculumharmonisedeformationdesinfirmiersetsages-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 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 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 sages-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.