

Orientations de mise en œuvre pour la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes



Organisation
mondiale de la Santé



Orientations de mise en œuvre pour la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d’utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l’œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l’œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l’utilisation qui sera faite de l’œuvre, quelle qu’elle soit, il ne devra pas être suggéré que l’OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L’utilisation du logo de l’OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d’ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n’a pas été établie par l’Organisation mondiale de la Santé (OMS). L’OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l’exactitude de la présente traduction. L’édition originale anglaise est l’édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l’Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Orientations de mise en œuvre pour la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes [Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2026. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Catalogage à la source. Disponible à l’adresse <https://iris.who.int/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l’OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d’un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d’obtenir cette permission du titulaire du droit d’auteur. L’utilisateur s’expose seul au risque de plaintes résultant d’une infraction au droit d’auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n’impliquent de la part de l’OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d’une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l’objet d’un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l’OMS, de préférence à d’autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu’il s’agit d’un nom déposé.

L’OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l’interprétation et de l’utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l’OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Design et mise en page par **Sonder Design Collective**

Table des matières

Table des matières	v
Remerciements	vi
1. Introduction	1
1.1 Quel est l’objectif des orientations de mise en œuvre ?	7
1.2 À qui s’adressent-elles ?	8
1.3 Explorer les modèles de soins assurés par les sages-femmes	9
1.3.1 Modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes	13
1.3.2 Modèles de soins assurés par les sages-femmes à l’échelle communautaire	15
1.3.3 Maisons de naissance	17
1.3.4 Modèles de soins assurés par les sages-femmes en exercice privé	19
1.3.5 Modèles de soins assurés par les sages-femmes en situation humanitaire et de crise	21
1.4 Une approche souple pour la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes	23
2. Piliers essentiels de la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes	27
2.1 Favoriser et obtenir l’engagement politique et le financement	31
2.2 Établir ou renforcer la gouvernance	32
2.3 Forger des partenariats	33
2.4 Garantir la pérennité de la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes	35
3. Processus de planification stratégique	37
Étape 1 Procéder à une analyse de la situation	41
Étape 2 Concevoir un plan stratégique	43
Étape 3 Élaborer un plan opérationnel avec un cadre de suivi et d’évaluation	44
Étape 4 Élaborer un plan financier et affecter des ressources	45
4. Domaines de transition pour les modèles de soins assurés par les sages-femmes	47
4.1 Mobilisation des femmes et de la communauté	49
4.2 Prestation de services pour les soins maternels et néonataux	53
4.3 Collaboration interprofessionnelle	61
4.4 Leadership des sages-femmes et recherche	65
4.5 Environnement politique et réglementaire	69
4.6 Formation et développement professionnels continus	73
4.7 Stratégies relatives aux personnels de santé	77
4.8 Environnement favorable du système de santé	81
5. Outil d’évaluation du cadre de transition	85
6. Récits de transition	107
6.1 Transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes en l’absence de sages-femmes : un récit du Bangladesh	111
6.2 Continuité des soins assurés par les sages-femmes aux survivantes de violences sexuelles : un récit de transition de la République démocratique du Congo	119
6.3 De l’engagement politique au changement à grande échelle : la transition vers la continuité des soins assurés par les sages-femmes en Angleterre	125
6.4 Introduction d’un modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes dans le nord de l’Éthiopie	131
6.5 Transition vers la continuité des soins assurés par les sages-femmes dans un contexte touché par le conflit : un récit de Cisjordanie	135
Références bibliographiques	141
Annexe I	147

Remerciements

L’Organisation mondiale de la Santé (OMS) tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à ce document d’orientation.

Leadership et coordination

Ce document a été préparé sous la direction stratégique globale d’Anshu Banerjee (Directeur, Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent, et vieillissement de l’OMS [MCA]) et d’Allisyn Moran (Cheffe d’unité, Unité Santé maternelle, MCA de l’OMS). Justine Le Lez (consultante, MCA de l’OMS) et Ulrika Rehnström Loi (administratrice technique, pratique sage-femme/maïeutique, MCA de l’OMS) étaient responsables de la direction technique, de la coordination et de la production du document.

Groupe de travail du STAGE (Groupe consultatif stratégique et technique d’experts pour la santé et la nutrition maternelles, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent) sur la pratique sage-femme/maïeutique

L’OMS remercie les membres du groupe de travail du STAGE pour leurs contributions et orientations techniques lors de réunions régulières tenues entre novembre 2022 et janvier 2025, et pour leur contribution à la révision du document : les deux Coprésidentes, Sally Pairman (Confédération internationale des sages-femmes [ICM], Royaume des Pays-Bas) et Jane Sandall (King’s College London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d’Irlande du Nord) ; Koki Agarwal (MOMENTUM Country and Global Leadership, États-Unis d’Amérique), Narendra Kumar Arora (The INCLEN Trust International, Inde), Oliva Bazirete (Université du Rwanda, Rwanda), Marina Boykova (Council of International Neonatal Nurses, États-Unis d’Amérique), Gary Darmstadt (School of Medicine, Université Stanford, États-Unis d’Amérique), Jacqueline Dunkley-Bent (ICM, Royaume des Pays-Bas), Abby Kra-Friedman (Conseil international des infirmières, Suisse), Asheber Gaym (Bureau régional pour l’Asie du Sud du Fonds des Nations Unies pour l’enfance [UNICEF], Népal), Atf Gherissi (pédagogue et chercheuse internationale en pratique sage-femme/maïeutique, Tunisie), Caroline Homer (Présidente du STAGE, Burnet Institute, Australie), Deepika Cecil Khakha (Ministère de la santé et des affaires familiales, Gouvernement indien, Inde), Zuzana Krišková (Women’s Circles, Slovaquie), Geeta Lal (Siège du Fonds des Nations Unies pour la population [FNUAP], États-Unis d’Amérique), Deborah Money (Fédération internationale de gynécologie et d’obstétrique [FIGO], Royaume-Uni), Geraldine Nyaku (chercheuse indépendante, Zimbabwe), Naveen Thacker (International Pediatric Association, États-Unis d’Amérique), Patricia Titulaer (Laerdal Global Health, Norvège) et Dilys Walker (Université de Californie, San Francisco, États-Unis d’Amérique).

Groupe central du STAGE sur la pratique sage-femme/maïeutique

L’OMS remercie les membres du groupe central du STAGE pour leur contribution et leur expertise techniques en vue de l’élaboration et de la révision des orientations de mise en œuvre lors de réunions régulières entre août 2024 et janvier 2025 : Sally Pairman et Jane Sandall, Ferdousi Begum (Obstetrical and Gynaecological Society Bangladesh, [OGSB], Bangladesh) ; Geeta Chibber (consultante en santé publique, Inde) ; Jennifer Dohrn (School of Nursing, Université Columbia, États-Unis d’Amérique) ; Fatoumata Ngayta Diop (FNUAP, Sénégal) ; Jama Egal (Nursing and Midwifery Association, Somaliland, Somalie) ; Atf Gherissi ; Solomon Hailemeskel Beshah (Université Debre Berhan, Éthiopie) ; Pandora Hardtman (Jhpiego, États-Unis d’Amérique, en 2024) ; Dewan Md Emdadul Hoque (UNICEF, Bangladesh) ; Zuzana Krišková ; Michelle Sadler (Observatory of Obstetric Violence, Chili) et Daphne Shamambo (Ministère de la santé, Zambie).

Récits de transition

L’OMS remercie les personnes et les organisations suivantes pour l’élaboration et la révision des récits de transition : Association marocaine des Sages-femmes (Maroc) ; Rowsan Ara (FNUAP, Bangladesh) ; Rabeya Basri (Gouvernement bangladais, Bangladesh) ; Farida Begum (FNUAP, Bangladesh) ; Ferdousi Begum) ; Marie Berg (Université évangélique en Afrique, République démocratique du Congo) ; Makundane Marthe Byamungu (Hôpital de référence Panzi, République démocratique du Congo) ; Susan Díaz Díaz (Hôpital Eloísa Díaz de La Florida, Chili) ; Jacqueline Dunkley-Bent ; Alison Eddy (New Zealand College of Midwives, Nouvelle-Zélande); Susan Díaz Díaz (Hôpital Eloísa Díaz de La Florida, Chili) ; Atf Gherissi ; Solomon Hailemeskel Beshah ; Abu Sayed Hasan (FNUAP, Bangladesh), Maria Hogenäs (Art of Life and Birth, Suède) ; Dewan, Md Emdadul Hoque ; Joy Kemp (FNUAP, Bangladesh) ; Anneka Knutsson (consultante indépendante en santé sexuelle et reproductive et droits connexes, Suède) ; Gonzalo Leiva Rojas (Hôpital Eloísa Díaz de La Florida, Chili) ; Helena Lindgren (Karolinska Institutet, Suède) ; Camila López Echavarri (Hôpital Eloísa Díaz de La Florida, Chili) ; Berit Mortensen (Université métropolitaine d’Oslo, Norvège) ; Sarah Namyalo (Association privée des sages-femmes de l’Ouganda, Ouganda) ; Fatoumata Ngayta Diop ; Jovita Ortiz Contreras (Université du Chili, Chili) ; Sally Pairman ; Pronita Raha (FNUAP, Bangladesh) ; Jane Sandall, Michelle Sadler et Esubalew Tesfahun (Université de Gondar, Éthiopie).

Groupe d’experts

L’OMS remercie les examinateurs externes qui ont contribué à la révision du présent document : Jane Frances Acam (Ministère de la santé, Ouganda) ; Anna af Ugglas (ICM, Royaume des Pays-Bas) ; Farah Babey (Ministère de la santé et de l’éducation médicale, République islamique d’Iran) ; Sarah Bar-Zeev (Burnet Institute, Australie) ; Ndeye Bigue Ba Mbodji (Association nationale des sages-femmes d’État du Sénégal, Sénégal) ; Hélène Carrère (Collectif inter-associatif autour de la naissance, France) ; Maria Helena daSilva Bastos (Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, Brésil) ; Alison Eddy ; Ubah Farah Ahmed (Somali Pediatric Association, Somalie) ; Inderjeet Kaur (Fernandez Hospital, Inde) ; Debrah Lewis (Mamatoto Resource & Birth Centre, Trinité-et-Tobago) ; Alison McFadden (Université de Dundee, Royaume-Uni) ; Paula Medway (Service de la santé et du bien-être, Gouvernement d’Australie-Méridionale, Australie) ; Berit Mortensen ; Goma Devi Niraula (Midwifery Society of Nepal, Népal) ; Jovita Ortiz Contreras ; Loveday Penn-Kekana (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni) ; Lucia Rocca-Ihenacho (City St George’s, Université de Londres, Royaume-Uni), Yoko Shimpuku (Université d’Hiroshima, Japon) ; Suzanne Stalls (MOMENTUM Country and Global Leadership, États-Unis d’Amérique, en 2023 et 2024).

L’OMS exprime sa gratitude aux conseillers mondiaux du FNUAP et de l’UNICEF pour leurs contributions techniques lors de la révision du document : Chisato Masuda et Duncan Shikuku (Siège du FNUAP, États-Unis d’Amérique) et Shaimaa Ibrahim et Gagan Gupta (Siège de l’UNICEF).

L’OMS remercie les personnes et partenaires suivants d’avoir participé à une consultation en ligne sur la traduction française des termes liés à la pratique sage-femme/maïeutique, qui s’est tenue en avril 2025 : Annie Hortense Atchoumi (Fédération des associations de sages-femmes d’Afrique francophone, Cameroun), Anne Chantry (Université Paris Cité, France), Daniela Drandić, et Coleen Gonner et Jeffthanie Mathurin (ICM, Royaume des Pays-Bas), Fatoumata Ngayta Diop (FNUAP, Sénégal), Atf Gherissi, Augustin Harushimana (Association des sages-femmes en action, Burundi), Céline Lemay (Université du Québec à Trois-Rivières, Canada), Jeffthanie Mathurin (ICM, Royaume des Pays-Bas), Yvonne Meyer (Haute École de Santé – Vaud, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Suisse), Jean-Pierre Monet (OMS/MCA, Suisse), Isabelle Moreira (Siège du FNUAP, États-Unis d’Amérique), Aline Mukundwa (consultante indépendante, Rwanda), Vavita Santos Teta Leblanc (FNUAP, Mali), Clémence Schantz (Institut de recherche pour le développement, France), Nathalie Sage Pranchère (Université Paris Cité, France) et Souleymane Zan (Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, Congo).

Contributeurs et examinateurs de l’OMS

Les membres du personnel de l’OMS ci-après sont remerciés pour leurs orientations et leur examen techniques : contributeurs du Siège de l’OMS à Genève (Suisse) : Agya Mahat et Carey McCarthy (Département Personnels de santé), John Fogarty et Blerta Maliqi (Département Services de santé intégrés), Uzma Syed (Département MCA) et Tova Tampe (Programme spécial de l’OMS sur les soins de santé primaires). Contributeurs des bureaux de l’OMS : Dalia Abujahel et Itimad Almadhoun (Bureau de l’OMS pour la Cisjordanie et Gaza), Adeniyi Aderoba (Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, République du Congo), Mohammed Afifi (Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale, Égypte), Moe Ando (Bureau de l’OMS, en République démocratique populaire lao), Ana Baraldi (Bureau de l’OMS, au Brésil), Leontien Becker (Bureau de l’OMS, au Népal), Clara Fischer (Bureau de l’OMS, au Libéria), Bremen de Mucio (Bureau régional de l’OMS pour les Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé, États-Unis d’Amérique), Silvia Gatscher (Bureau de l’OMS, en Roumanie), Minhyung Hwang (Bureau de l’OMS, au Bangladesh), Margrieta Langins (Bureau régional de l’OMS pour l’Europe), Bernadette Mbu Nkolomonyi (Bureau de l’OMS, en République démocratique du Congo), Robert Mulunda Kanke (Bureau de l’OMS, en République démocratique du Congo), Md Nuruzzaman (Bureau de l’OMS, au Bangladesh), Georgiana-Victoria Schiere (Bureau de l’OMS, en Roumanie), Ai Tanimizu (Bureau régional de l’OMS pour l’Asie du Sud-Est, Inde), Ellen Thom et Qudsia Uzma (Bureau de l’OMS, au Pakistan).

Le Groupe consultatif stratégique et technique d’experts pour la santé et la nutrition maternelles, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent a approuvé les orientations de mise en œuvre en mai 2025.

Contributions financières

L’OMS remercie enfin la Gates Foundation et MSD for Mothers d’avoir apporté leur soutien financier.

Formulations employées dans ce document

Dans le présent document, lorsqu'il est question de grossesse, d'accouchement et de période postnatale, le terme « femmes » inclut également les adolescentes. Les termes « femmes » et « mères » visent à englober toutes les personnes qui se définissent comme femmes et/ou qui accouchent. Même si la majorité des personnes enceintes ou qui peuvent accoucher sont des femmes cisgenres (qui sont nées femmes et se définissent ainsi), nous tenons également compte des expériences des hommes transgenres et des personnes de genre variant pouvant accoucher.

La terminologie des professions de la santé est conforme à la version anglaise de l'édition 2008 de la Classification internationale type des professions (CITP-08) en vigueur actuellement, une publication de l'Organisation internationale du travail (OIT). Dans le présent document, le terme « sages-femmes » désigne à la fois les sages-femmes et les infirmières et infirmiers sages-femmes, à condition que la nature du travail effectué par les infirmières et infirmiers sages-femmes corresponde aux tâches de pratique sage-femme/maïeutique spécifiées et énumérées dans la CITP-08.

La traduction française des termes relatifs à la profession de sage-femme dans ce document fait suite à un consensus d'expertes et d'experts ayant pris en compte les réalités linguistiques, culturelles et sociétales de divers contextes tout en soulignant la portée scientifique et l'évolution de cette profession. Chaque pays demeure souverain et peut utiliser cette traduction, l'adapter en fonction de son propre contexte culturel et linguistique, ainsi que des terminologies déjà utilisées et reconnues au sein de son propre système.

Au Pakistan, un nouveau-né est pesé par une sage-femme lors d'une visite à domicile en période postnatale. © ICM



01

Introduction

Jouer du meilleur état de santé que l'on puisse atteindre est un droit humain fondamental. Malgré les progrès réalisés au cours des dernières décennies, les taux de mortalité et la morbidité maternels et néonataux ainsi que le nombre de mortinaissances demeurent élevés à l'échelle mondiale (1-5). Nombre de femmes et de nouveau-nés sont victimes de maltraitance et de surmédicalisation tout au long du parcours de soins lors de la grossesse, de l'accouchement, et de la période postnatale, ce qui peut gravement affecter leur santé et leur bien-être et entraver les progrès vers la réalisation d'une couverture sanitaire universelle (CSU) (6,7).

Afin d'améliorer les résultats en matière de santé et de bien-être maternels et néonataux et d'atteindre la couverture sanitaire universelle, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) soutient la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes ; un moyen d'optimiser la prestation des services de santé afin de mieux répondre aux besoins des femmes et des nouveau-nés avant, pendant et après la grossesse et la naissance (8). Dans ces modèles, les sages-femmes coordonnent des soins de qualité de façon autonome dans le cadre de leur champ d'exercice, au sein d'équipes interdisciplinaires. En cas de complications, les sages-femmes collaborent de manière harmonieuse avec les obstétriciens, les pédiatres et d'autres spécialistes, par le biais de solides mécanismes de consultation et d'orientation rapides, assurant conjointement des soins continus et personnalisés aux femmes et aux nouveau-nés.

Un seul système de santé peut accueillir plusieurs modèles de soins maternels et néonataux, chacun étant adapté à des besoins et à des contextes différents. Élargir la prestation de services à des modèles de soins assurés par les sages-femmes représente une stratégie rentable, fondée sur des données probantes et axée sur les droits humains qui sauve des vies et améliore la santé et le bien-être des femmes et des nouveau-nés dans le monde entier. Cette approche garantit que des soins maternels et néonataux de qualité sont assurés avant, pendant et après la grossesse et l'accouchement tout en s'attaquant aux défis critiques en matière de santé maternelle et néonatale et d'équité (8). De meilleurs résultats sont obtenus lorsque les soins sont assurés par la même sage-femme ou équipe de sages-femmes tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale (« continuité des soins assurés par les sages-femmes »).

En 2024, l'OMS a publié un document de position mondial présentant la définition, les principes directeurs et les arguments en faveur de la transition vers ces modèles de soins (8). La Figure 1 résume les principales informations tirées de ce document.

Modèles de soins assurés par les sages-femmes



Pourquoi choisir des modèles de soins assurés par les sages-femmes ?

- Pour sauver des vies
- Pour augmenter les taux d'accouchement par voie basse
- Pour réduire les taux de naissances instrumentales et de césariennes
- Pour améliorer l'expérience de soins des femmes
- Pour réduire les inégalités en matière de santé et parvenir à la couverture sanitaire universelle
- Pour améliorer le rapport coût/efficacité

Figure 1. Principaux concepts liés aux modèles de soins assurés par les sages-femmes. *Source : OMS, 2024 (8)*

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes offrent aux femmes et aux nouveau-nés, tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale, des soins assurés et coordonnés par une sage-femme autonome, travaillant en équipe.



- Soins centrés sur la femme et le nouveau-né
- Assurés par des sages-femmes autonomes travaillant en équipe



- Relation et partenariat de confiance entre femme et sage-femme
- Favorisant les processus normaux et physiologiques



- Soins de qualité et holistiques, fondés sur des données probantes
- Assurés avant et tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale

1.1 Quel est le but de ce document ?

Le présent document contient des orientations stratégiques et pratiques à l'intention des pays qui souhaitent évoluer vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes.

Conforme aux priorités mondiales en matière de santé et aux objectifs de développement durable (ODD), ce document fournit des orientations stratégiques et pratiques aux pays qui évoluent vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes. Il offre aux décideurs et aux dirigeants du secteur de la santé des pratiques fondées sur des données probantes et un outil d'évaluation du cadre de transition permettant d'optimiser les services et l'utilisation des ressources. En mettant l'accent sur la collaboration et la coordination interdisciplinaires, ces orientations décrivent des mesures concrètes pour intégrer et/ou renforcer les soins assurés par les sages-femmes au sein des systèmes de santé nationaux et infranationaux.

Reconnaissant que les pays se trouvent à des stades de transition différents, les présentes orientations sont conçues pour être flexibles et s'adapter aux besoins spécifiques de chaque pays, qu'ils se soient récemment engagés à adopter des modèles de soins assurés par les sages-femmes ou.

1.2 À qui s'adressent ces orientations ?

Les présentes orientations s'adressent aux responsables gouvernementaux au sein du ministère de la santé, en particulier ceux responsables de la santé maternelle et néonatale, des ressources humaines pour la santé, des soins de santé primaires et des systèmes de santé au sens large. La réussite de la transition et la pérennité des modèles de soins assurés par les sages-femmes dépendent d'un leadership fort et d'une appropriation par le ministère de la santé (9-11).

Sous la direction du ministère de la santé, de nombreuses parties prenantes doivent être impliquées dans le processus de transition vers ces modèles ; celles-ci peuvent également bénéficier des présentes orientations.

- des utilisateurs finaux, des groupes de femmes et des groupes communautaires ;
- des décideurs et des dirigeants gouvernementaux dans les domaines de la santé maternelle et néonatale, des ressources humaines pour la santé et des systèmes de santé ;
- des représentants d'autres ministères concernés (par exemple, finances, éducation, planification et affaires féminines) ;
- des partenaires de mise en œuvre, des organisations internationales et des organisations non gouvernementales travaillant dans le domaine de la santé ;
- des administrateurs et des gestionnaires en santé, des sages-femmes et d'autres agents de santé ;
- des associations professionnelles, des autorités de réglementation, des établissements d'enseignement et de formation ; et
- des chercheurs, des universitaires, des groupes de défense des droits et des professionnels des médias et de la communication.

1.3 Explorer les modèles de soins assurés par les sages-femmes

Il n'existe pas de description unique et normalisée des modèles de soins assurés par les sages-femmes, chaque pays adaptant son approche pour répondre à ses besoins spécifiques. Cette personnalisation a produit une gamme diversifiée de modèles dans le monde entier (12).

La conception d'un modèle de soins implique de définir les éléments clés de la prestation de services (13). Pour qu'un modèle soit considéré comme un modèle de soins assurés par les sages-femmes, il est essentiel que des sages-femmes soient les principales prestataires de soins pour les femmes et les nouveau-nés tout au long du parcours de soins durant la période préconceptionnelle, prénatale, intrapartum et postnatale (8).

Les sages-femmes assurent et coordonnent les soins de manière autonome dans l'ensemble de leur champ d'exercice, tout en collaborant au sein d'équipes interdisciplinaires. Cette collaboration est soutenue par des systèmes d'orientation établis et des mécanismes de collaboration interprofessionnelle entre les agents de santé et les plateformes de prestation de services afin d'assurer la continuité des soins en cas de complications (8). L'approche des soins assurés par les sages-femmes s'appuie sur la philosophie et les principes directeurs de la profession, offrant des soins centrés sur la personne, respectueux et fondés sur des données probantes, tout en encourageant un partenariat et une relation solides entre femme et sage-femme (8).

Le Tableau 1 présente les éléments essentiels de la prestation de services des modèles de soins assurés par les sages-femmes. Bien que ceux-ci soient fondamentaux, ils peuvent être élargis afin de répondre aux besoins et au contexte uniques de chaque pays. Par exemple, l'ensemble des services peut être étendu afin d'inclure les services de santé sexuelle et reproductive, prolongeant ainsi le continuum de soins au-delà de la période postnatale et élargissant potentiellement la population cible pour inclure les adolescentes et les adolescents. Cet élargissement se fera dans le cadre du champ d'exercice des sages-femmes.

Les pays ont également la possibilité de choisir les plateformes de prestation de services qui répondent le mieux aux besoins locaux, notamment :

- des milieux communautaires ;
- des milieux hospitaliers ;
- les secteurs public et privé, y compris les partenariats public-privé ; et
- des établissements situés dans des environnements à ressources limitées, ou confrontés à des situations humanitaires et de crise (8).

Tableau 1. Éléments fondamentaux de la prestation de services communs à chaque modèle de soins assurés par les sages-femmes	
Bénéficiaires des soins	Femmes et nouveau-nés
Ensemble de services assurés par les sages-femmes	Services de soins de santé reproductive, maternelle et néonatale
Continuum des soins	Période préconceptionnelle, grossesse, travail et accouchement et/ou période postnatale
Principaux prestataires de soins	Sages-femmes assurant et coordonnant les soins, de façon autonome dans l'ensemble de leur champ d'exercice
Approche des soins	Conforme à la philosophie des soins assurés par les sages-femmes (14): - centrée sur la personne ; - relation et partenariat entre la femme et la sage-femme ; - optimisation des processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ; et - Recours aux interventions uniquement lorsque cela est indiqué.

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sont flexibles et peuvent être intégrés ou regroupés pour s’adapter à divers contextes. Par exemple, une sage-femme peut assurer la continuité des soins au sein d’une maison de naissance en milieu communautaire lors d’une situation de crise humanitaire. Chaque pays ayant des besoins spécifiques, ces modèles de soins doivent être adaptés en conséquence. Dans les pays dotés d’une administration décentralisée, il peut aussi être nécessaire d’appliquer cette approche au niveau infranational.

Pour aider les pays à concevoir des modèles sur mesure, le présent document fournit des exemples de configurations adaptables, notamment :

- 1

Modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes
- 2

Maisons de naissance
- 3

Modèles de soins assurés par les sages-femmes à l’échelle communautaire
- 4

Modèles de soins assurés par les sages-femmes en exercice privé
- 5

Modèles de soins assurés par les sages-femmes en situation humanitaire et de crise

Ces exemples ne constituent pas les meilleures pratiques à suivre à la lettre, mais ont pour but d’illustrer les différents modèles en s’appuyant sur des cas existants.



Au Portugal, une sage-femme montre à une femme enceinte et à son mari des exercices pour faciliter l’accouchement. © OMS/Carlo Bruno Santos

1.3.1 Modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes

Un modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes est une approche selon laquelle la même sage-femme connue et de confiance – ou un petit groupe de sages-femmes connues – est la principale prestataire de soins pour les femmes et leurs enfants tout au long de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période postnatale (8).

Ce modèle permet d'assurer des soins et un soutien émotionnel continus pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, ainsi que dans les semaines qui suivent. Il favorise la continuité interpersonnelle (relationnelle), l'efficacité de la prise en charge et la fluidité du partage d'informations, afin d'assurer des soins plus personnalisés et intégrés (8). Ces modèles ont été recommandés par l'OMS dans les contextes dotés de programmes de pratique sage-femme/maïeutique bien établis (15-17). L'Encadré 1 donne un exemple de la continuité des soins assurés par les sages-femmes en Nouvelle-Zélande.

ENCADRÉ 1

Continuité des soins assurés par les sages-femmes en Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, les femmes enceintes choisissent un prestataire référent de soins maternels (Lead Maternity Carer ou LMC), souvent une sage-femme, qui coordonne tous les aspects de leurs soins de périnataux, y compris les soins prénatals, intrapartum et postnatals pendant une période maximale de six semaines. Ce modèle est centré sur les femmes et aide celles-ci à prendre des décisions éclairées concernant leurs soins.

Les sages-femmes LMC sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, travaillant souvent en petits groupes pour assurer la continuité des soins. Un réseau d'établissements entièrement financés par l'État et dirigés par des sages-femmes assure des services intrapartum et postnatals à tous les niveaux de soins. Cette approche répond aux besoins cliniques et socioculturels et améliore l'accès pour les groupes prioritaires tels que les Maoris, les Pasifika, les femmes socialement défavorisées et les femmes en situation de handicap.

Les sages-femmes LMC ont conclu des accords d'accès avec les hôpitaux et collaborent avec le personnel hospitalier pour garantir des soins centrés sur la personne, intégrés et ininterrompus, comprenant notamment l'accès aux soins spécialisés par le biais d'orientations et de consultations. Des lignes directrices nationales sur l'orientation et des dossiers électroniques appuient et facilitent la collaboration interdisciplinaire. Le succès de ce système souligne l'importance de partenariats solides, d'une formation complète et d'une collaboration efficace entre les prestataires de soins.

1.3.2 Modèles de soins assurés par les sages-femmes à l'échelle communautaire

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes à l'échelle communautaire permettent d'assurer des services essentiels directement au sein des communautés locales, garantissant que des soins de qualité, respectueux des cultures et personnalisés soient accessibles là où vivent les personnes. Élément principal des soins de santé primaires, cette approche est essentielle pour instaurer la couverture sanitaire universelle en adaptant les services aux besoins et aux préférences locales (13). Elle est particulièrement bénéfique dans les régions rurales, isolées et mal desservies où l'accès aux établissements de santé est limité. Ces modèles utilisent diverses plateformes de prestation de services, comme les unités de santé mobiles et les centres de santé communautaires, afin d'établir le lien entre les soins assurés par les sages-femmes et la population.

L'Encadré 2 présente un exemple d'un modèle de soins assurés par les sages-femmes à l'échelle communautaire au Sénégal.

ENCADRÉ 2

Stratégie des sages-femmes itinérantes au Sénégal : un modèle de soins assurés par les sages-femmes à l'échelle communautaire

Au Sénégal, la sage-femme itinérante effectue des visites régulières dans les postes de santé, les centres communautaires et les lieux de rassemblement locaux afin d'assurer des services de santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente complets et intégrés au niveau communautaire. Cela comprend les soins prénatals et intrapartum ainsi que les soins essentiels aux nouveau-nés, la vaccination, la prise en charge intégrée des maladies infantiles, les conseils en nutrition, la planification familiale et l'éducation en santé. La sage-femme itinérante gère également les médicaments et les fournitures, surveille la collecte et l'utilisation des données, et forme et supervise les agents de santé communautaires. Les femmes et les communautés sont au cœur du succès de la stratégie des sages-femmes itinérantes : elles participent activement à la planification et à l'évaluation des services itinérants, soutiennent la mobilité des sages-femmes itinérantes et aident ces dernières à trouver un logement approprié en cas de besoin. Les communautés participent également à des activités de diffusion et de promotion pour sensibiliser et encourager le recours aux services offerts par les sages-femmes itinérantes.

Grâce à une étroite collaboration avec les acteurs locaux, la sage-femme itinérante renforce les systèmes de santé communautaires, élargit l'accès aux soins de qualité et crée un environnement favorisant des résultats positifs en matière de santé maternelle et infantile.

1.3.3 Maisons de naissance

Les maisons de naissance² sont des espaces dédiés où les femmes et les nouveau-nés ayant un faible risque de complications reçoivent des soins de qualité, dispensés et coordonnés par des sages-femmes (18-22). Ces centres dispensent toujours des soins intrapartum et peuvent également assurer des services supplémentaires, comme des soins prénatals, postnatals et de santé sexuelle et reproductive, selon un modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes (19,22).

Les maisons de naissance font partie intégrante du système de santé et peuvent être :

- des maisons de naissance autonomes (« freestanding » en anglais) – situées en dehors du contexte hospitalier, avec la possibilité d’orienter les femmes et les nouveau-nés vers un établissement de niveau supérieur en cas de complications (18-20, 22, 23) ; ou
- des maisons de naissance rattachées (« alongside » en anglais) – situées dans un contexte hospitalier, physiquement rattachées à l’hôpital pour pouvoir facilement accéder à des ressources supplémentaires en cas de complications (18-20, 22, 23).

La mise en œuvre réussie de maisons de naissance dépend de la reconnaissance et de la valorisation par les communautés de la prestation de soins de qualité, assurés par les sages-femmes. Elle doit être appuyée par des systèmes d’orientation solides et une coordination sans faille entre les prestataires de soins et les établissements de santé (19, 22, 24). Lorsque des soins plus complexes ou des interventions spécialisées s’avèrent nécessaires, les sages-femmes consultent les femmes et orientent celles-ci et leurs nouveau-nés vers des praticiens spécialisés tels que des obstétriciens, des pédiatres ou d’autres experts, en veillant à ce que les équipes interdisciplinaires travaillent ensemble pour assurer les meilleurs soins possibles. L’Encadré 3 fournit des informations sur une note de synthèse sur les maisons de naissance publiée par l’ICM.

ENCADRÉ 3

Mise en œuvre de maisons de naissance dirigées par des sages-femmes : note de synthèse de l’ICM (22)

L’ICM a publié une note de synthèse sur la mise en œuvre des maisons de naissance, présentant la « voie vers le changement » qui décrit les processus et les mécanismes nécessaires au développement de ces établissements, et détaillant une série d’interventions conçues pour assurer la réussite de leur mise en œuvre. Cette note s’appuie sur les résultats d’une étude de cas descriptive portant sur quatre maisons de naissance en Afrique du Sud, au Bangladesh, en Ouganda et au Pakistan fournissant des informations précieuses sur ces plateformes de prestation de services (9).

1.3.4 Modèles de soins assurés par les sages-femmes en exercice privé

Les soins assurés par les sages-femmes peuvent également être assurés par une sage-femme en exercice privé, que ce soit dans le cadre d'une pratique indépendante ou dans le cadre d'un établissement de santé privé. Pour garantir que toutes les femmes et tous les nouveau-nés reçoivent des soins de qualité, équitables et financièrement viables, ces modèles privés doivent être pleinement intégrés dans les systèmes de santé nationaux et infranationaux par l'intermédiaire d'un cadre politique et réglementaire bien établi, comprenant notamment des dispositifs de financement visant à prévenir les difficultés financières. L'Encadré 4 décrit un exemple d'un modèle de soins assurés par les sages-femmes en exercice privé en Ouganda.

ENCADRÉ 4

Maisons de naissance privées en Ouganda : continuité des soins maternels et néonataux assurés par des sages-femmes en exercice privé

En Ouganda, les maisons de naissance privées offrent aux femmes et aux nouveau-nés des soins prénatals, intrapartum et postnatals ininterrompus et centrés sur la personne, souvent dispensés par une ou deux sages-femmes. Les femmes ayant recours à ce modèle bénéficient d'une visite prénatale initiale, suivie de visites mensuelles ; visant dans l'idéal huit visites tout au long de la grossesse. Elles reçoivent des soins intrapartum pendant le travail et l'accouchement, suivis d'un système de soins postnatals structuré basé sur le « modèle 4-6 », qui comprend des visites de suivi à six heures, six jours, six semaines et six mois après l'accouchement ainsi qu'un accès immédiat à des services de planification familiale.

Dans les maisons de naissance privées, les sages-femmes travaillent en étroite collaboration avec d'autres agents de santé, notamment des médecins et du personnel infirmier, afin d'assurer une approche collaborative des soins, en particulier pour l'orientation des femmes vers d'autres prestataires ou pour la prise en charge des complications. Le financement des services de maternité privés varie selon l'emplacement, les établissements urbains étant généralement plus coûteux que les établissements ruraux. Pour alléger le fardeau financier, de nombreuses maisons de naissance offrent des options de paiement flexibles, permettant aux femmes de payer en plusieurs fois tout au long de la grossesse.

1.3.5 Modèles de soins assurés par les sages-femmes en situation humanitaire et de crise

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes peuvent être adaptés pour les contextes dans lesquels les ressources sont limitées, assurant aux mères et aux nouveau-nés des interventions essentielles en situation humanitaire et de crise. Ces contextes peuvent inclure les camps de réfugiés ou de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ainsi que les situations de conflit armé et de catastrophe naturelle (8). L'Encadré 5 donne un exemple d'un modèle de soins assurés par les sages-femmes au Pakistan lors d'inondations.

ENCADRÉ 5

Modèle mobile de soins assurés par les sages-femmes lors d'inondations au Pakistan

En juin 2022, des inondations dévastatrices au Pakistan ont déplacé plus de 33 millions de personnes, perturbant gravement les services de santé et laissant les femmes enceintes très vulnérables avec un accès limité aux services de santé essentiels, une situation d'autant plus aggravée par des abris peu sûrs manquant d'intimité, d'hygiène et de ressources de base.

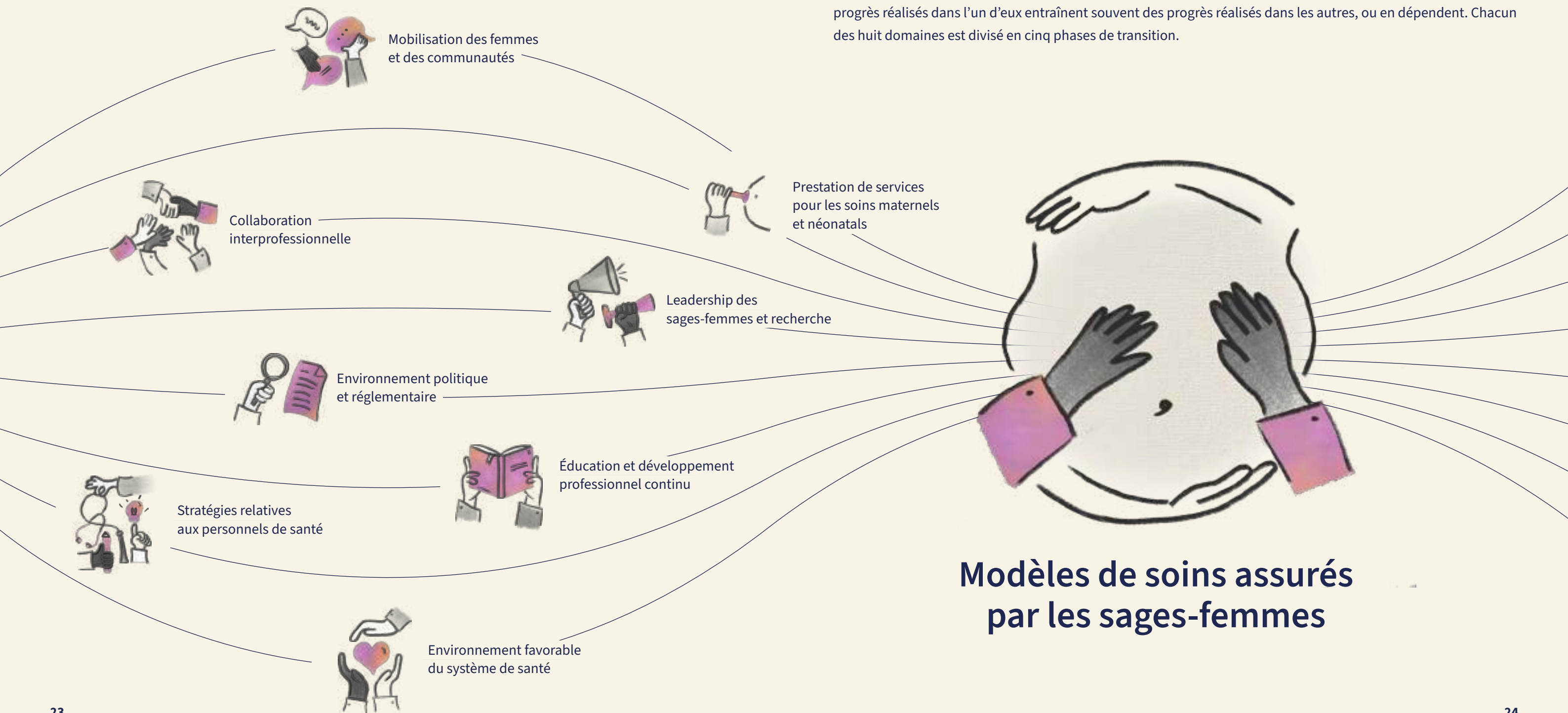
En réponse, un modèle mobile de soins assurés par les sages-femmes a été mis en œuvre pour assurer un soutien rapide et vital aux femmes et aux nouveau-nés, malgré le terrain particulièrement exigeant et les infrastructures perturbées. Ce modèle a permis de répondre rapidement aux besoins en matière de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés dans les districts touchés par les inondations. Équipées de fournitures essentielles et formées en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, ces équipes mobiles de sages-femmes se sont déplacées en bateau, en véhicule ou à pied pour se rendre dans les zones touchées, assurant des visites prénatales, des soins de qualité pendant le travail et l'accouchement ainsi que des soins postnatals, et procédant à l'orientation vers d'autres prestataires et services dans les cas urgents plus complexes.

Ce modèle privilégiait la flexibilité, la sensibilité culturelle et une collaboration étroite avec les autorités locales, les dirigeants communautaires et d'autres intervenants humanitaires. En intégrant l'éducation et le conseil en matière de santé sur des sujets tels que l'allaitement, les soins aux nouveau-nés et la détection précoce des complications, ces équipes mobiles de sages-femmes ont aidé les femmes et les familles à prendre des décisions éclairées en matière de santé pendant la crise, renforçant ainsi la confiance, la résilience et les capacités de la communauté, et contribuant à des services de santé maternelle et néonatale plus équitables et durables, même après la fin de la situation d'urgence.

1.4 Une approche souple pour la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes

La transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes est un processus dynamique, non linéaire et spécifique au contexte qui nécessite une approche structurée, mais adaptable.

Les présentes orientations décrivent huit domaines devant être abordés pour réussir une transition durable vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes. Une évolution dans tous ces domaines est essentielle et les progrès réalisés dans l'un d'eux entraînent souvent des progrès réalisés dans les autres, ou en dépendent. Chacun des huit domaines est divisé en cinq phases de transition.



Le processus de transition vers les modèles assurés par les sages-femmes proposé dans les présentes orientations consiste, en premier lieu, à instaurer et à soutenir le changement au moyen de piliers essentiels, décrits dans le Chapitre 2. Ce processus est ancré dans l'élaboration de plans stratégiques et opérationnels, établis selon un processus en quatre étapes décrit dans le Chapitre 3 et utile à la priorisation des actions. Un outil d'évaluation du cadre de transition est fourni afin de guider ce processus, et aider les pays à déterminer à quelle phase de transition ils se trouvent dans chaque domaine. Les interventions recommandées utiles à la progression dans chaque domaine de transition, telles que la mobilisation des femmes et des communautés ou la collaboration interprofessionnelle, sont présentées au Chapitre 4 et peuvent être intégrées dans les plans opérationnels des pays, dépendamment de leurs besoins.

Trouver des solutions sur mesure et adaptées au système de santé, aux politiques et au contexte culturel de chaque pays est essentiel. Les progrès ne sont pas nécessairement linéaires ; un pays peut passer d'une phase de transition à une autre, en réponse à des besoins changeants et des facteurs externes, comme l'instabilité politique ou l'évolution des priorités nationales et infranationales (10). Plutôt que de proposer un processus rigide, le présent document propose une approche souple et adaptable aux circonstances changeantes et aux défis émergents.

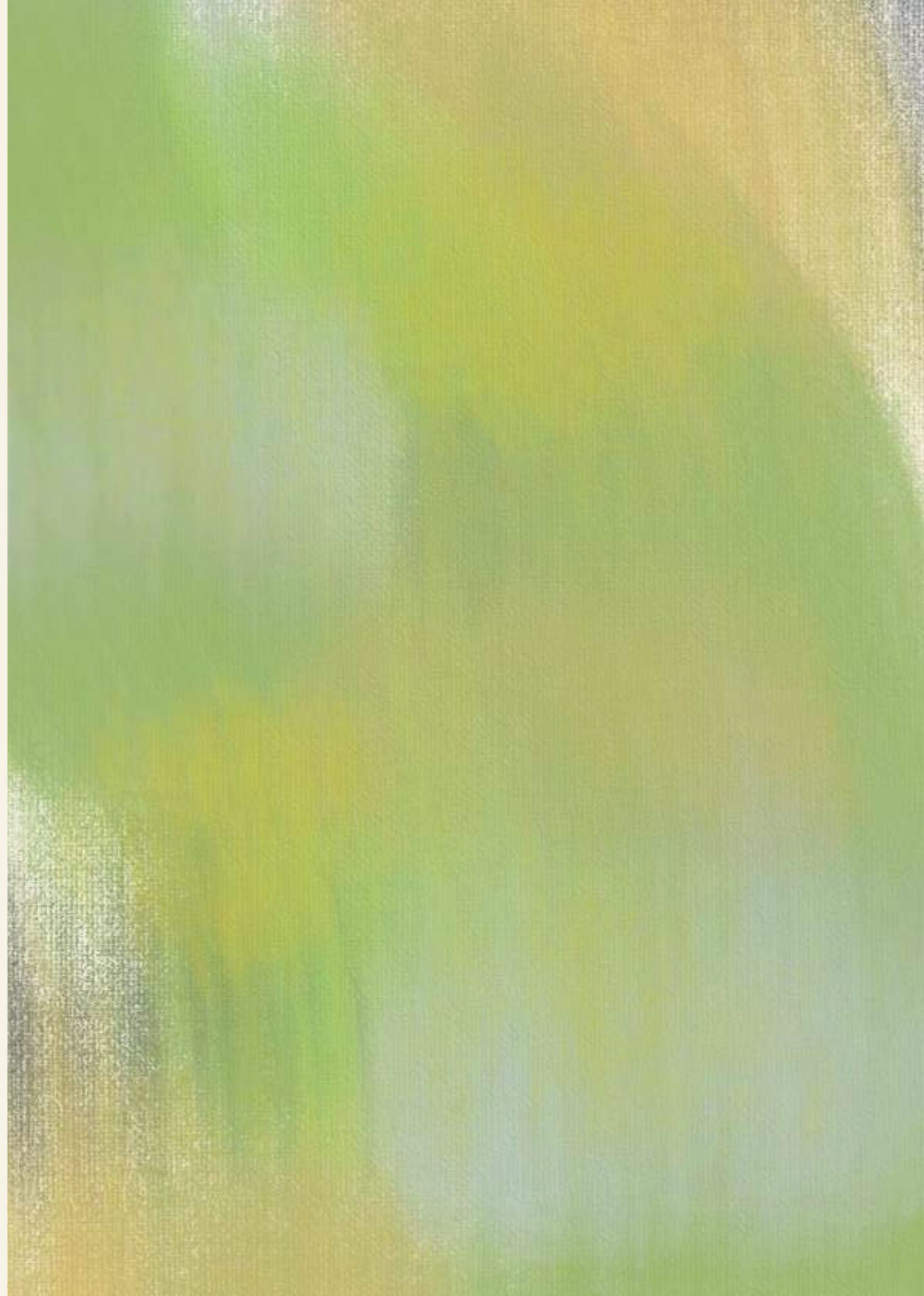
L'annexe I présente le processus d'élaboration de ces orientations de mise en œuvre. Les piliers essentiels et les domaines de transition présentés ont été identifiés au moyen d'une analyse documentaire et affinés dans le cadre de consultations d'experts. Bien qu'ils constituent une base solide, des recherches approfondies sont nécessaires, en particulier sur la transition vers des modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes, et plus particulièrement sur les conceptions et les stratégies optimales de prestation de services nécessaires à une mise en œuvre nationale durable à grande échelle. Cela comprend des analyses économiques des coûts et des avantages relatifs, qui sont particulièrement importantes pour élaborer un argumentaire d'investissement convaincant en faveur des modèles de soins assurés par les sages-femmes, comprenant l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle et néonatale, les avantages sociaux et économiques et l'utilisation efficace des ressources de santé.



Des femmes reçoivent des conseils d'une sage-femme sur l'allaitement, la nutrition et le lavage des mains à la clinique Noor-e-Khuda de Mazar-e-Sharif (Afghanistan). © UNICEF Afghanistan

02

**Piliers essentiels
de la transition
vers des modèles
de soins assurés par
les sages-femmes**



Ce chapitre présente les piliers essentiels pour instaurer et soutenir la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes. Ces piliers ne sont pas destinés à être suivis dans un ordre strict ; au contraire, ils sont généralement poursuivis simultanément. Des efforts soutenus et adaptatifs sont essentiels pour maintenir ces piliers, obtenir un impact durable, renforcer la résilience des systèmes de santé et améliorer les résultats en matière de santé maternelle et néonatale.



Une femme reçoit des soins prénatals d'une sage-femme au poste de santé du village de l'île de Pala, dans le sud de Sulawesi (Indonésie). © OMS/Harrison Thane

2.1 Favoriser et obtenir l'engagement politique et le financement

L'engagement politique est essentiel pour créer un environnement favorable au changement et mobiliser les ressources nécessaires à une transition réussie vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes (10, 25-27).

Lorsque les décideurs politiques privilégient ces modèles de soins, ils encouragent des réformes systémiques, obtiennent des financements pour le développement des ressources humaines en santé et mettent en œuvre des politiques de soutien qui améliorent les résultats en matière de santé maternelle et néonatale. Cet engagement permet non seulement de légitimer ces modèles, mais aussi de favoriser la collaboration nécessaire à l'amélioration durable et à long terme des services de maternité. Mobiliser les responsables en montrant que cette transition est conforme aux objectifs de santé au niveau infranational, national et mondial contribue à renforcer le soutien politique. Le retour sur investissement des modèles de soins assurés par les sages-femmes peut constituer un remarquable instrument de plaidoyer. La pérennité de l'engagement politique repose sur un plaidoyer durable et un leadership fort à tous les échelons, afin que les modèles de soins assurés par les sages-femmes restent au cœur des priorités nationales et locales (10, 26, 28).

Bien que la transition vers ces modèles de soins nécessite des investissements initiaux, leur rentabilité à moyen et long terme optimise l'utilisation des ressources au niveau national et infranational, ce qui permet de réaliser d'importantes économies et de réduire les dépenses de santé (8). Pour garantir que la transition soit à la fois efficace et durable, il est essentiel de garantir un financement dédié provenant de sources diverses, en créant des budgets réservés et en intégrant le financement des services de soins assurés par les sages-femmes dans des stratégies de santé plus larges, comme la couverture sanitaire universelle, pour couvrir les coûts opérationnels (10, 25, 26).

2.2 Établir ou renforcer la gouvernance

L'établissement ou le renforcement de la gouvernance favorise l'engagement politique et le consensus national et/ou infranational, assure l'alignement stratégique et l'utilisation efficace des ressources pour la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes, et encourage la participation des parties prenantes au processus (10, 11, 29, 30). Pour cela, il s'agit de créer ou de renforcer deux structures clés :

-  un groupe de travail consultatif technique et stratégique national sur la pratique sage-femme/maïeutique, dont l'objectif est de guider et de superviser l'orientation stratégique de la transition vers les modèles de soins assurés par les sages-femmes ; et
-  une équipe de gestion de projet, soutenant la mise en œuvre opérationnelle du plan stratégique.

En outre, les pays peuvent choisir de créer un groupe de travail national temporaire sur les services assurés par les sages-femmes pour s'attaquer à des questions spécifiques et urgentes, telles que l'élaboration de politiques ou les défis urgents dans ce domaine. Selon le contexte national, le renforcement ou la création de tels groupes de travail à l'échelle régionale peut également apporter un soutien précieux.

Dans certains contextes, le groupe de travail sur la pratique sage-femme/maïeutique peut fonctionner comme un sous-groupe au sein des groupes consultatifs techniques nationaux sur la santé maternelle et néonatale, les ressources humaines pour la santé ou les soins de santé primaires. Si le groupe de travail national fonctionne de manière indépendante, il est fortement recommandé d'établir une communication et une collaboration solides avec ces groupes consultatifs techniques, le cas échéant.

Ces structures peuvent également être mises en place ou renforcées au niveau infranational.

2.3 Forger des partenariats

Les groupes d'intérêt jouent un rôle important dans l'intégration des modèles de soins assurés par les sages-femmes dans les systèmes de santé, qu'ils soutiennent ou s'opposent à la transition vers ces modèles (11).

Pour favoriser l'acceptation et améliorer la coordination entre les secteurs, il est essentiel d'établir des partenariats stratégiques et d'impliquer dès le début les principales parties prenantes, telles que les femmes, les membres de la communauté, les obstétriciens, les pédiatres, les personnels infirmiers, les sages-femmes et les décideurs (10, 11, 27, 30). Leur engagement continu est vital pour assurer une transition réussie et durable, les associations professionnelles jouant également un rôle important.

Une mauvaise compréhension des modèles de soins assurés par les sages-femmes, même parmi les sages-femmes elles-mêmes, fait souvent obstacle à la mise en œuvre (10, 26, 27). Il est essentiel d'entreprendre des activités de plaidoyer en continu destinées à améliorer la compréhension de ces modèles de soins et du rôle des sages-femmes via une communication claire et fondée sur des données probantes, et en organisant des discussions intersectorielles, des ateliers conjoints et des initiatives d'apprentissage (10, 26, 28). De plus, ces efforts peuvent être renforcés par des dirigeants influents agissant en tant qu'ambassadeurs du plaidoyer, appuyés par une stratégie médiatique solide axée sur les communiqués de presse, l'engagement des journalistes et la couverture des médias sociaux. L'Encadré 6 présente un exemple de plaidoyer réussi en faveur de la reconnaissance professionnelle des sages-femmes au Maroc.

RÉFÉRENCES UTILES

● *Transitioning to midwifery models of care: global position paper*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024.

ENCADRÉ 6

Plaidoyer en faveur de la reconnaissance professionnelle des sages-femmes et d'une pratique sûre au Maroc

L'Association marocaine des sages-femmes a mené avec succès une campagne de plaidoyer visant à établir l'identité professionnelle, le champ d'exercice et les compétences des sages-femmes, qui a abouti en 2016 à l'adoption de la loi n° 44-13 ; une étape significative pour la profession. L'Association a rédigé des notes d'orientation et organisé des campagnes de sensibilisation, avec le soutien de nombreuses parties prenantes, dont l'Association nationale des sages-femmes au Maroc, en s'appuyant sur des éléments probants pour souligner le rôle central des sages-femmes dans la réduction du taux de mortalité maternelle au Maroc au cours des 30 dernières années. Leurs efforts ont abouti à la loi de 2016, qui, pour la première fois, a officiellement défini l'identité et le champ d'exercice des sages-femmes dans le pays. Cette approche structurée était fondée sur un plaidoyer et un engagement approfondis de la part des parties prenantes, notamment auprès des parlementaires, des ambassadeurs, des médias, des organismes des Nations Unies, des associations féministes et des autorités sanitaires, et témoigne de la force d'une approche fondée sur des données probantes, de la persévérance, de la collaboration et de la solidarité. Elle souligne également à quel point il est important de renforcer les capacités de plaidoyer des sages-femmes.

2.4 Garantir la pérennité de la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes

La pérennité est cruciale pour réaliser le plein potentiel des modèles de soins assurés par les sages-femmes. Avec un soutien politique, financier et opérationnel solide, les pays peuvent établir des modèles qui permettent d'assurer systématiquement des soins de qualité et accessibles aux femmes et aux nouveau-nés (10, 11, 26, 27).

Pour préserver et améliorer ces avantages à long terme et pour obtenir un impact durable, une stratégie globale est nécessaire. Celle-ci doit maintenir l'engagement politique, soutenir des initiatives constantes de plaidoyer et de leadership, intégrer les soins assurés par les sages-femmes au sein des systèmes de santé nationaux et/ou infranationaux, garantir un financement à long terme et rester adaptable face à l'évolution des besoins (10, 25, 26).



03

**Processus de
planification
stratégique**

La transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes nécessite un processus de planification stratégique structuré comprenant les éléments suivants :

- Analyse de la situation
- Évaluation des conditions actuelles
- Plan stratégique
- Identification des priorités nationales et/ou infranationales
- Plan opérationnel et cadre de suivi et d'évaluation
- Description de mesures concrètes
- Planification financière et allocation des ressources

RÉFÉRENCES UTILES

📄 *Stratégies nationales en santé au XXIe siècle : guide pratique*. Geneva: World Health Organization. Genève, Organisation mondiale de la Santé. OMS, 2016 (31).

📄 *Guide for conducting national and subnational programme reviews for maternal, newborn, child and adolescent health*. OMS, 2024 (32).

📄 *Facilitators' guide for conducting national and subnational programme reviews for maternal, newborn, child and adolescent health*. OMS, 2024 (33).



En Australie, une sage-femme montre comment l'enfant passe par le bassin pendant le travail, à l'aide d'un mannequin et d'une reproduction des os du bassin. © ICM

ÉTAPE 1

Procéder à une analyse de la situation

Une analyse approfondie de la situation permet de bien comprendre le paysage actuel et d'identifier les domaines spécifiques devant être améliorés. La liste suivante de domaines suggérés pour l'analyse de la situation peut être adaptée en fonction des besoins du pays.

Évaluer l'état actuel de la santé maternelle et néonatale, les principaux indicateurs de qualité et la couverture des services.

Évaluer les structures de gouvernance, l'engagement politique et le leadership en matière de pratique sage-femme/maïeutique.

Effectuer une analyse des forces, faiblesses, opportunités et des menaces, afin d'identifier les obstacles et les facteurs favorables à la transition.

Effectuer une analyse des parties prenantes et une cartographie communautaire.

Identifier les valeurs, les besoins et les préférences des femmes et des communautés en matière de soins maternels et néonataux.

Examiner l'environnement politique, réglementaire et financier favorisant ou entravant la transition.

Examiner la prestation de services et les modèles existants en matière de soins maternels et néonataux.

Évaluer la collaboration interprofessionnelle entre les agents de santé dans le domaine des soins maternels et néonataux.

Effectuer la planification et la prévision des besoins en ressources humaines pour la santé nécessaires aux modèles de soins assurés par les sages-femmes.

Examiner les programmes de formation des sages-femmes, notamment les possibilités de développement professionnel continu.

Évaluer l'infrastructure et les capacités du système de santé pour la transition vers les soins assurés par les sages-femmes.

ÉTAPE 2

Concevoir un plan stratégique

- **Identifier les priorités** : déterminer les principales priorités au niveau national et/ou infranational pour la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes et élaborer un plan stratégique complet pour leur mise en œuvre effective (27). Le chapitre 5 présente un outil d'évaluation du cadre de transition, conçu pour aider les pays à apprécier leur phase de transition actuelle dans divers domaines et à identifier les domaines dans lesquels des progrès ont été réalisés.
- **Veiller à la cohérence** : intégrer ces priorités et objectifs nationaux et/ou infranationaux aux besoins des utilisateurs cibles, en assurant leur conformité aux programmes, politiques et stratégies existants au niveau infranational, national et international.

ÉTAPE 3

Élaborer un plan opérationnel avec un cadre de suivi et d'évaluation

- **Élaborer un plan opérationnel sur mesure** adapté au contexte local et aux ressources disponibles. Le chapitre 4 du présent document décrit les mesures précises pour chaque domaine de transition qui peuvent être intégrées au plan. Inclure une section dédiée décrivant la manière dont les femmes, les communautés et les parties prenantes seront impliquées, en précisant les points de contact, les méthodes de communication, les domaines de transition, les canaux et la fréquence.
- **Intégrer un cadre de suivi et d'évaluation robuste** pour évaluer l'efficacité des stratégies mises en œuvre (27).
- **Mettre en place un cycle de révision périodique** permettant de suivre les progrès réalisés, de garantir la redevabilité, de relever les défis identifiés, et de s'adapter à l'évolution des besoins (27).

ÉTAPE 4

Élaborer un plan financier et affecter des ressources

- **Obtenir un soutien financier**, notamment en identifiant et en mobilisant les ressources financières nécessaires provenant des budgets gouvernementaux, des donateurs internationaux et des partenariats avec le secteur privé. Explorer divers dispositifs de financement, y compris les subventions, les prêts et les partenariats public-privé.
- **Effectuer une analyse budgétaire et des coûts**, incluant l'estimation des dépenses associées à la formation et au recrutement des agents de santé, au développement ou à l'adaptation des infrastructures, aux plateformes de prestation de services ainsi qu'à d'autres besoins opérationnels (27). Élaborer un plan de mise en œuvre national et/ou infranational complet et chiffré pour les modèles de soins assurés par les sages-femmes, en veillant à ce que les budgets couvrent les coûts opérationnels permanents et les imprévus.

RÉFÉRENCES UTILES

- OneHealth tool: a resource for supporting countries in setting priorities based on impact and cost-effectiveness considerations in low- and middle-income countries. WHO, 2025 (34).



Trois femmes et leurs nouveau-nés lors d'une session d'éducation postnatale au National Centre for Maternal and Child Health du district de Bayangol, à Oulan-Bator (Mongolie), pendant la pandémie de COVID-19 (2021). © OMS/KhasarSandag

04

**Domaines de
transition pour les
modèles de soins
assurés par les
sages-femmes**

4.1 Mobilisation des femmes et de la communauté



Un principe fondamental des modèles de soins assurés par les sages-femmes est la relation de confiance et le partenariat existant entre la femme et la sage-femme (8). Le fait d'autonomiser et d'impliquer les femmes et leurs communautés dans la transition vers ces modèles de soins, et d'encourager la demande de soins de qualité assurés par les sages-femmes, peut contribuer à la réussite de cette transition, même en situation de crise humanitaire et de fragilité (10,35-37).

Cette approche permet d'assurer que les modèles répondent aux divers besoins, croyances et pratiques des femmes et des communautés, ce qui permet d'améliorer les résultats en matière de santé, de renforcer les soins de santé primaires, d'accroître l'acceptation communautaire des modèles de soins assurés par les sages-femmes, d'optimiser la satisfaction et la rétention au travail des sages-femmes et de réduire les coûts (9, 10, 35, 38-40).

Il est important d'inclure des représentants des communautés vulnérables et des groupes marginalisés pour que leurs points de vue soient pleinement intégrés au processus et que personne ne soit laissé pour compte. L'Encadré 7 donne un exemple de la mobilisation des femmes et de la communauté aux modèles de soins assurés par les sages-femmes à La Florida (Chili).

ENCADRÉ 7

Renforcer la participation communautaire aux modèles de soins assurés par les sages-femmes à l’hôpital Dra. Eloísa Díaz, La Florida (Chili)

L’hôpital Dra. Eloísa Díaz de La Florida (Chili), prend en charge environ 2500 naissances par an. Le modèle de soins assurés par les sages-femmes en milieu hospitalier met l’accent sur des soins respectueux et centrés sur la personne, en aidant les femmes et leurs familles à participer activement au processus d’accouchement. Depuis 2023, cet établissement a adopté la stratégie « Hôpital ouvert » qui vise à favoriser l’engagement communautaire en encourageant la participation des citoyens à la prise de décisions et en fournissant des informations claires et accessibles sur les services, les ressources et les politiques aux femmes, à leurs partenaires, aux familles et à la communauté dans son ensemble.

Cette stratégie comprend un représentant chargé de l’accès aux informations destinées au public, ainsi que des comités axés sur l’information au public et l’innovation, la promotion d’une création collaborative à l’échelle communautaire et l’amélioration de l’accès aux soins de santé pour tous. Des liens communautaires solides sont cultivés grâce à des visites guidées du service de maternité avec des sages-femmes et à l’élaboration collaborative de projets de naissance, ce qui permet aux femmes et à leurs familles de partager leurs préférences et leurs attentes en matière d’accouchement. La communication directe entre l’équipe soignante et la communauté est optimisée par un compte Instagram géré par des sages-femmes, qui compte désormais plus de 10 000 abonnés.

Le modèle a atteint le taux le plus élevé de naissances physiologiques au sein du réseau national de santé publique du Chili et il est reconnu à l’échelle nationale pour son impact positif sur la communauté. Il a significativement amélioré l’expérience de l’accouchement, encouragé des pratiques fondées sur des données probantes et reçu des commentaires très positifs de la part de la communauté.

Mesures recommandées

● Améliorer la sensibilisation de la communauté concernant les modèles de soins assurés par les sages-femmes

- Élaborer des supports de communication adaptés portant sur les modèles de soins assurés par les sages-femmes en tenant compte des niveaux d’alphabétisation et des contextes culturels, sur la base de données probantes.
- Promouvoir des récits positifs en contant des histoires personnelles pour partager les expériences des femmes et des nouveau-nés recevant des soins pendant la grossesse, l’accouchement et la période postnatale dans le cadre d’un modèle de soins assurés par les sages-femmes.
- Organiser des activités de sensibilisation, telles que des forums communautaires, des campagnes médiatiques ou des initiatives de diffusion. Mobiliser les femmes et les dirigeants communautaires, les défenseurs et les influenceurs pour amplifier les messages.
- Donner aux communautés les moyens de plaider en faveur de modèles de soins assurés par les sages-femmes au niveau local, infranational et national.

● Favoriser l’engagement auprès des femmes et des communautés

- Définir et mettre en œuvre des approches participatives pour impliquer activement les femmes et les membres de la communauté, notamment au sein des dispositifs de suivi et d’évaluation.
- Intégrer les pratiques participatives au sein du système de santé pour assurer une participation durable des femmes et des communautés dans le processus de transition.
- Intégrer les femmes et les communautés au sein des structures de gouvernance.
- Mettre en place des mécanismes de responsabilisation sociale et de rétroaction, permettant de recevoir en permanence des commentaires sur les modèles de soins assurés par les sages-femmes.

RÉFÉRENCES UTILES

● *Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people.* OMS, 2020 (41).

● *Transitioning to midwifery models of care: global position paper.* OMS, 2024 (8).

● *A mapping and synthesis of tools for stakeholder and community engagement in quality improvement initiatives for reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health.* Spencer et al. 2021 (42).

● *Integrating stakeholder and community engagement in quality of care initiatives for maternal, newborn and child health.* OMS, 2020 (43).

4.2 Prestation de services pour les soins maternels et néonataux



Une transition durable vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes requiert des transformations organisationnelles approfondies et une adaptation continue à l'ensemble du système de santé, incluant une conception rigoureuse de la prestation des services ainsi qu'une approche méthodique de mise en œuvre du modèle (11, 24, 27, 28).

Les modèles de soins efficaces sont dynamiques et évolutifs, s'adaptant en permanence grâce au suivi des performances et à la prise en compte des besoins changeants des populations, des priorités sanitaires et des contextes locaux. Cette approche garantit que chaque personne bénéficie de soins opportuns et appropriés, dispensés par l'équipe compétente, dans le cadre le plus adapté (12).

Mesures recommandées

● Préparer la phase de conception

- Rassembler des données probantes à partir des meilleures pratiques mondiales et locales.
- Organiser des visites interdisciplinaires dans des sites pilotes ou des lieux où des modèles de soins assurés par les sages-femmes ont été mis en œuvre avec succès.

● Concevoir des modèles sur mesure

- Se mettre d'accord sur l'approche, les bénéficiaires des soins, l'ensemble de services, les plateformes de prestation, les prestataires de soins et les parcours de soins, notamment les systèmes d'orientation, les dispositifs de collaboration interprofessionnelle et les modalités de financement. Le Tableau 2 présente des considérations importantes pour chacun de ces éléments.

● Mettre en œuvre des modèles de soins assurés par les sages-femmes nouveaux ou mis à jour

- Procéder à une mise à l'essaiMettre en œuvre un projet pilote dans des établissements et/ou des régions sélectionnés, comprenant notamment le renforcement des capacités des agents de santé concernés par sur le modèle et l'approche des soins.
- Évaluer, documenter et partager diffuser les leçons apprises.
- Affiner le modèle et préparer sa mise en œuvre à plus grande échelle.



Une femme enceinte lors d'une échographie réalisée par un homme sage-femme à l'aide d'un échographe portable à l'hôpital de niveau 4 du sous-comté de Ntimaru à Kehancha, dans le comté de Migori (Kenya). © FNUAP Kenya

Tableau 2. Considérations importantes lors de la conception d’un modèle de soins assurés par les sages-femmes (suite)

ÉLÉMENT DE CONCEPTION	CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES	RESSOURCES
Approche des soins Définir les principes directeurs et les valeurs fondamentales du modèle pour assurer la prestation de soins de qualité.	● Veiller à ce que l’approche intègre les principaux éléments de soins de santé de qualité, assurés en temps opportun, sûrs et centrés sur la personne selon des modalités équitables, intégrées et efficaces (40). ● Aligner l’approche sur la philosophie des soins assurés par les sages-femmes. ● Dans la mesure du possible, privilégier la continuité des soins assurés par une même sage-femme ou une petite équipe de sages-femmes tout au long du parcours de soins. ● Veiller à ce que ces valeurs, ainsi qu’une vision et des objectifs communs, soient bien comprises et adoptées par les principales parties prenantes.	🔗 <i>La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle.</i> OMS, 2019 (40). 🔗 <i>Standards pour l’amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé.</i> OMS, 2016 (44). 🔗 <i>Transitioning to midwifery models of care: global position paper.</i> WHO, 2024 (8). 🔗 <i>Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.</i> WHO, 2018 (45).
Bénéficiaires des soins Identifier les populations cibles et les bénéficiaires visés par le modèle.	● Viser à instaurer la couverture sanitaire universelle et l’équité pour toutes les femmes et les nouveau-nés, indépendamment de leur situation géographique, leur appartenance ethnique, leur religion, leur niveau d’éducation, leur statut professionnel, leur niveau de revenu, leur handicap, leur orientation sexuelle, leur âge ou leur origine culturelle. ● S’assurer que le modèle privilégie les populations mal desservies et à haut risque et qu’il s’efforce activement de réduire les disparités.	🔗 <i>Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s’assurer qu’ils ne laissent personne de côté.</i> OMS, 2019 (46). 🔗 <i>AccessMod 5. Modéliser l’accessibilité physique aux centres de santé en vue d’une couverture sanitaire universelle.</i> OMS, 2022 (47).
Ensemble de services assurés par les sages-femmes Déterminer la gamme de services de santé que les sages-femmes doivent assurer dans le cadre du modèle.	● Développer un ensemble complet de services de soins assurés par les sages-femmes au cours des périodes préconceptionnelle, prénatale, intrapartum et postnatale. ● Veiller à ce que l’ensemble de services soit conforme au champ d’exercice des sages-femmes et comprenne toutes les catégories de services clés, notamment la promotion de l’autoprise en charge, la prévention, l’éducation en santé et la dispensation de conseils pour les femmes et les nouveau-nés, le diagnostic et le traitement. ● Mettre l’accent sur la continuité de la prestation des services de santé tout au long du parcours de soins.	🔗 <i>Plateforme de l’OMS pour l’élaboration et la mise en œuvre d’ensembles de services (SPDI) de la couverture sanitaire universelle.</i> OMS (48).

Tableau 2. Considérations importantes lors de la conception d’un modèle de soins assurés par les sages-femmes (suite)

ÉLÉMENT DE CONCEPTION	CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES	RESSOURCES
Plateformes de prestation de services Définir les contextes appropriés pour la prestation de soins, tels que les services communautaires, les hôpitaux ou les maisons de naissance.	• Veiller à ce que les services soient disponibles plus près des lieux de résidence des femmes et des communautés. • Adapter les plateformes de prestation de services pour répondre aux besoins des contextes aux ressources limitées ou aux situations de crise, selon le cas. • Renforcer les liens entre les accoucheuses traditionnelles, les agents de santé communautaires et les prestataires de soins en établissement afin de favoriser la fluidité des transitions de soins tout au long du parcours.	AccessMod 5 : Modéliser l'accessibilité physique aux centres de santé en vue d'une couverture sanitaire universelle. OMS, 2022 (47).
Parcours de soins et prestataires Établir des parcours de soins clairs qui favorisent la continuité des soins entre les prestataires de santé et à tous les niveaux du système de santé, y compris en cas de complications.	• Identifier le point d'entrée dans le modèle de soins pour les femmes et les nouveau-nés. • Pour les modèles basés sur la continuité des soins assurés par les sages-femmes, définir une charge de travail raisonnable par sage-femme ou petit groupe de sages-femmes (c'est-à-dire le nombre de femmes par an pour lesquelles chaque sage-femme sera la principale prestataire de soins). Élaborer un parcours de soins pour les complications comprenant des protocoles clairs pour l'orientation à un niveau de soins supérieur, et favorisant la collaboration interprofessionnelle entre les prestataires de soins et les plateformes de services. Cette approche doit promouvoir la continuité des soins tout en maintenant la relation entre les femmes, les nouveau-nés et leurs sages-femmes. Cela comprend l'élaboration de protocoles d'orientation à un niveau de soins supérieur et de communication. • Définir les rôles et les responsabilités de tous les agents de santé impliqués dans le modèle, en veillant à ce qu'ils soient reflétés dans les descriptions de poste officielles afin de favoriser une collaboration efficace.	Networks of care for maternal and newborn health: implementation guidance. WHO, 2024 (49).
Dispositifs de financement Garantir des dispositifs de financement durables, comprenant notamment une protection financière et des systèmes de paiement, pour promouvoir l'équité en matière de soins.	• Assurer le financement de la santé pour l'accès universel aux services essentiels assurés par les sages-femmes en explorant le financement public, les régimes d'assurance et les stratégies de réduction des coûts.	WHO Health Financing Progress Matrix. WHO (50).

4.3 Collaboration interprofessionnelle



Suivant les modèles de soins assurés par les sages-femmes, celles-ci travaillent de manière autonome dans leur champ d'exercice, en collaborant avec les obstétriciens, les pédiatres, les infirmières, les infirmiers et d'autres professionnels de santé. Une collaboration interprofessionnelle basée sur la confiance, respectueuse et non hiérarchique est essentielle pour adopter des modèles de soins assurés par les sages-femmes et assurer la qualité des soins (26,27,35,39,51–54).

Mesures recommandées

● Établir des relations et améliorer la collaboration

- Favoriser et exploiter des relations positives entre les sages-femmes, les médecins, le personnel infirmier et les autres agents de santé, en favorisant une collaboration fondée sur l'équité, la confiance et le respect mutuel.
- Établir des valeurs partagées, ainsi qu'une vision et des objectifs communs, entre les groupes professionnels.
- Améliorer la compréhension par les agents de santé des rôles et des responsabilités des sages-femmes, ainsi que des principes et les avantages des modèles de soins assurés par ces dernières.
- Réduire les structures hiérarchiques et favoriser la prise de décisions partagée pour permettre aux sages-femmes d'exercer pleinement leur autonomie dans le cadre de leur champ d'exercice et pour promouvoir des soins équitables et collaboratifs.
- Favoriser la sécurité psychologique en s'attaquant aux cultures du blâme et de la honte.
- Construire et renforcer des alliances entre les associations professionnelles de sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, personnel infirmier et d'autres agents de santé par le biais d'initiatives et d'événements organisés conjointement.
- Assurer l'inclusion des sages-femmes dans les comités et groupes de travail interprofessionnels, tels que les comités de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte.

● Favoriser la communication interdisciplinaire

- Développer et renforcer les mécanismes de communication et de coordination entre les agents de santé, y compris dans les situations d'urgence.
- Promouvoir l'organisation de réunions interdisciplinaires régulières pour examiner les cas, résoudre les difficultés rencontrées et renforcer le travail d'équipe.
- Établir et maintenir des réseaux de soins qui mettent en relation les établissements et les agents de santé à tous les niveaux du système de santé.
- Mettre en œuvre des systèmes efficaces de résolution des conflits entre les agents de santé pour soutenir la collaboration et le respect professionnel.

● Améliorer la formation et l'orientation conjointes

- Faire participer les sages-femmes, les obstétriciens, les pédiatres, le personnel infirmier et les autres agents de santé concernés à des programmes de formation et d'orientation conjointes, tant en formation initiale qu'en formation continue.

RÉFÉRENCES UTILES

● *Networks of care for maternal and newborn health: implementation guidance.* WHO, 2024 (49)



Une équipe chirurgicale mobile interdisciplinaire photographiée après une césarienne réussie lors d'une panne de courant dans un hôpital du district de Montepuez, à Cabo Delgado (Mozambique). © FNUAP Mozambique/Mbuto Machili

4.4 Leadership des sages-femmes et recherche



Un leadership fort des sages-femmes à tous les niveaux - éducatif, réglementaire, politique, clinique, opérationnel et de la recherche - est essentiel pour faciliter l'adoption de modèles de soins assurés par les sages-femmes et pour que les besoins des femmes et des nouveau-nés soient effectivement pris en compte et satisfaits (10,11,28,55,56).

Cette approche non seulement améliore la qualité des soins mais permet aussi l'adoption plus rapide de pratiques fondées sur des bases factuelles (10, 28, 57). Les associations de sages-femmes doivent être solides et participer activement au dialogue sur les politiques et à la prise de décisions.

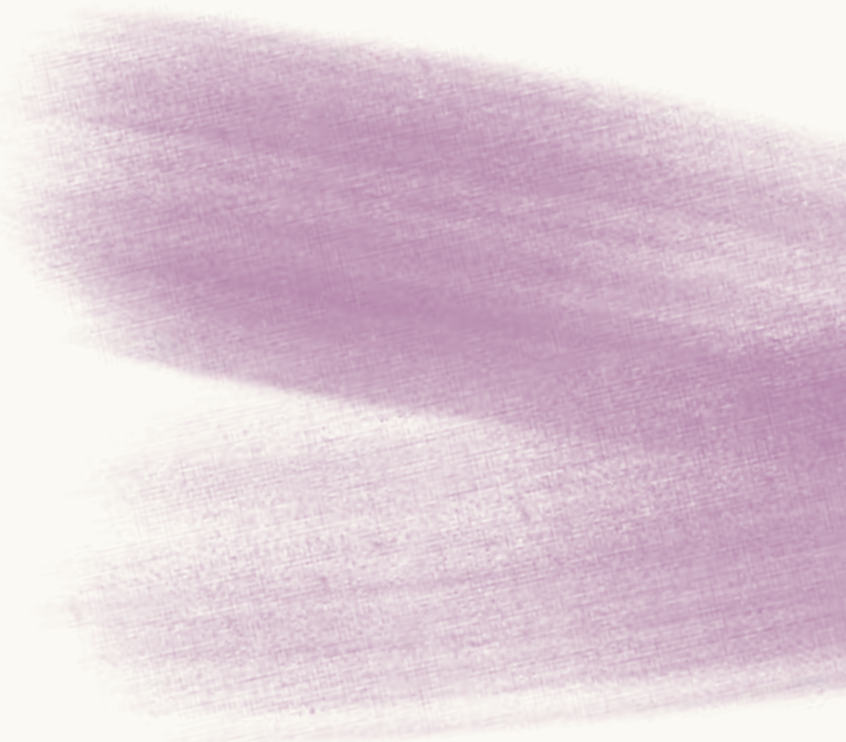
Mesures recommandées

- **Assurer la représentation des sages-femmes dans la prise de décisions**
 - Mettre en place et renforcer des postes d'encadrement au plus haut niveau pour soutenir la gouvernance et la gestion des sages-femmes, en veillant à ce qu'elles contribuent activement aux politiques de santé, comme indiqué dans les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (OSMSIO) 2021-2025 (55)*. Selon le contexte national, des postes infranationaux peuvent également être nécessaires.
 - Impliquer les sages-femmes dans les décisions politiques, la planification des modèles de soins dont elles sont responsables, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation au niveau – sous-national, national, régional et mondial.

- **Renforcer les capacités de leadership des sages-femmes**
 - Investir dans le développement des compétences de leadership chez les sages-femmes, comme indiqué dans les OSMSIO (55).
 - Renforcer la capacité des sages-femmes à exercer un rôle de leadership et de plaidoyer en veillant à leur participation au processus décisionnel et à la planification des politiques de santé (56).
 - Identifier et soutenir les sages-femmes ambassadrices au sein des communautés et des systèmes de santé.
 - Encourager les sages-femmes leaders à rejoindre les comités de santé, les groupes consultatifs ou les groupes de travail.
 - Mettre en place des mécanismes de récompense et de reconnaissance afin de valoriser les contributions des sages-femmes leaders en offrant des modèles inspirants aux sages-femmes en début de carrière.
 - Développer des programmes de leadership destinés aux jeunes sages-femmes en début de carrière afin de les préparer à jouer un rôle actif dans les dialogues sur la santé au niveau infranational, national et mondial.

- **Renforcer les associations professionnelles**
 - Renforcer les associations professionnelles de sages-femmes afin qu'elles puissent collaborer efficacement avec les associations partenaires à la prestation de soins de qualité et respectueux.
 - Veiller à ce que les associations dans les régions en situation de fragilité soient équipées pour représenter les sages-femmes en cas de crise.

- **Favoriser la recherche**
 - Encourager et promouvoir la recherche coordonnée ou dirigée par des sages-femmes.
 - Établir des partenariats avec des établissements de recherche pour soutenir et faire progresser les pratiques fondées sur des données probantes.



RÉFÉRENCES UTILES
● *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*. OMS, (55).
● *Roles and responsibilities of government chief nursing and midwifery officers: a capacity-building manual*. WHO, 2015 (58).

4.5 Environnement politique et réglementaire



Il est essentiel de créer un environnement politique et réglementaire propice pour que les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins de qualité (11,24,26,27,37,56,59). À cet égard, les sages-femmes doivent pouvoir être autonomes et travailler dans leur champ d'exercice (10,11,26,27).

Mesures recommandées

- **Mettre en place et renforcer un contexte favorable en matière de politiques**
 - Veiller à ce que les politiques, stratégies, plans et budgets infranationaux et nationaux soutiennent la mise en œuvre durable des modèles de soins assurés par les sages-femmes.
 - Élaborer des lois et des politiques pour reconnaître les sages-femmes en tant que praticiens et praticiennes de santé autonomes, leur permettant d'exercer pleinement leur champ d'exercice.
 - Concevoir et mettre en œuvre des politiques relatives à la pratique sage-femme/maïeutique qui contribuent à l'atteinte des objectifs « Chaque femme, chaque nouveau-né, partout », de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable, en particulier en matière de santé maternelle, néonatale et reproductive, d'égalité des sexes et d'éducation de qualité équitable.

- **Mettre en place et renforcer un contexte favorable en matière de réglementation**

Les mesures spécifiques visant à renforcer la réglementation de la profession de sage-femme dépendent du contexte et des risques pour la sécurité des patients et des patientes. Le cas échéant, envisager une loi-cadre applicable à tous les personnels de santé et une agence de réglementation multipraticiens afin d'assurer l'uniformité tout en tenant compte des profils de risque spécifiques.

Les systèmes d'accréditation comprennent :

 - Des exigences d'admission à la profession adaptées fondées sur des normes minimums pour la formation et la pratique sage-femme/maïeutique.
 - Des mécanismes permettant d'évaluer et de garantir le maintien des compétences tout au long de la carrière.
 - L'accréditation des établissements de formation des sages-femmes et l'octroi de l'autorisation d'exercice des diplômés sur la base de normes clairement définies.
 - La reconnaissance des qualifications des sages-femmes à l'échelle internationale, sur la base des compétences et de la comparabilité.
 - Un code de conduite et de déontologie pour l'exercice de la profession.
 - Des protocoles pour remédier aux cas de faute professionnelle et aux plaintes.
 - Un champ d'exercice réglementé déterminé par l'éducation, les aptitudes et les compétences, soutenu par la gouvernance et la surveillance clinique (59).

RÉFÉRENCES UTILES
● *Health practitioner regulation: design, reform and implementation guidance*. WHO, 2024 (59).
● *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*. OMS, 2021 (55).



Une femme est accompagnée pendant le travail par ses compagnons de choix et une sage-femme à la maison de naissance Casa Angela à São Paulo (Brésil) (2023). © ICM

4.6 Éducation et développement professionnel continu



NO TRANSLATION IN THE DOCUMENT YET

Adequate midwifery education and sustained investment in continuing professional development support the delivery of quality care.

This, in turn, strengthens midwives' professional identity, competence and confidence, while enhancing their autonomy across their scope of practice (10,11,26,27,37,48,51,55,56). As outlined in the WHO SDNM 2021–2025, midwife graduates should meet or exceed health system needs and possess the needed knowledge, competencies and attitudes to address national health priorities (50). Box 8 provides information on the WHO, UNICEF, UNFPA and ICM seven-step action plan to strengthen the quality of midwifery education.

Mesures recommandées

Élaboration et renforcement des normes et des programmes d'études

- Faire correspondre les niveaux d'études des sages-femmes à des rôles optimisés au sein des systèmes de santé et d'enseignement, comme indiqué dans les *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025* (OSMSIO) (55).
- Créer et mettre en œuvre des programmes d'études fondés sur les compétences qui intègrent une conception d'apprentissage efficace, respectent les normes de qualité et soient conformes aux besoins de santé de la population, comme indiqué dans les OSMSIO (55).
- Élaborer et mettre en œuvre des programmes nationaux d'études et de développement professionnel continu flexibles et validés pour que les sages-femmes restent informées de l'évolution des pratiques fondées sur des données probantes.

Renforcer le corps professoral et éduquer les étudiants

- Veiller à ce que les enseignants et enseignantes soient correctement formé(e)s aux meilleures méthodes et technologies pédagogiques, et possèdent une expertise clinique démontrée dans les domaines recherchés, comme indiqué dans les OSMSIO (55).
- Préparer et renforcer les établissements d'enseignement, les lieux de stages cliniques et les mentors cliniques.
- Utiliser des méthodes d'apprentissage innovantes en plus de la théorie traditionnelle et de la pratique clinique.
- Améliorer le bien-être et la rétention des étudiants grâce à un soutien financier, des bourses, des programmes de mentorat, des groupes de soutien par les pairs et des services de bien-être.

RÉFÉRENCES UTILES

- Regional competency assessment tool for midwifery educators and midwives. WHO, 2021 (62).
- Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025. OMS, 2021 (55).
- Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030. WHO, 2019 (61).
- Prototype de cursus de trois ans basé sur les compétences pour la formation initiale des sages-femmes de la région Afrique. OMS, 2016 (63).
- Midwifery educator core competencies. WHO, 2014 (64).

ENCADRÉ 8

Plan d'action en sept étapes pour renforcer la qualité de la formation des sages-femmes

L'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et l'ICM ont élaboré un plan d'action en sept étapes pour renforcer la qualité des études de sages-femmes. Ce plan d'action fournit un cadre pour développer et renforcer les études de sages-femmes par l'intermédiaire de la collaboration intersectorielle et de la participation de diverses parties prenantes et de la communauté (61).

RÉFÉRENCES UTILES

- The State of the World's Midwifery 2021: building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere. WHO, 2019 (56).

4.7 Stratégies relatives aux personnels de santé



Il est essentiel de bien planifier les personnels, d'améliorer les conditions de travail et de mettre en place des stratégies de fidélisation ciblées pour que l'ensemble des femmes et des nouveau-nés bénéficient de modèles de soins assurés par les sages-femmes équitables et accessibles (10,11,24,26,27,37,55,56).

Ces mesures contribuent à la mise en place de personnels de santé capables de prodiguer tout l'éventail des soins dont les mères et les nouveau-nés ont besoin. Les orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 recommandent que les pays améliorent la disponibilité des sages-femmes en créant des postes durables de sages-femmes, en recrutant et en fidélisant des sages-femmes et en gérant de manière éthique la mobilité internationale et les migrations (55).

Mesures recommandées

● Planifier les ressources humaines pour la santé

- Réaliser une planification et des prévisions portant sur les sages-femmes selon la perspective du marché du travail de la santé, comme indiqué dans les OSMSIO (55), et selon les modèles de soins assurés par les sages-femmes qui seront adoptés par le pays.
- Attirer, recruter et retenir les sages-femmes là où elles sont le plus nécessaires, comme indiqué dans les OSMSIO (55).
- Examiner dans quelle mesure la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes peut avoir une incidence sur l'accès, la qualité, le recrutement et la fidélisation.
- Cartographier les besoins des établissements de santé afin d'identifier les lacunes en matière de services et de déterminer les besoins en personnel pour la mise en œuvre des modèles de soins assurés par les sages-femmes.
- Élaborer ou mettre à jour des plans stratégiques et d'investissement en personnels en se basant sur les données et les analyses.
- Tenir un registre national de sages-femmes qualifiées pour soutenir la planification et le déploiement des personnels ainsi que le développement professionnel continu.

● Élaborer des stratégies pour recruter et déployer les personnels

- Optimiser la production nationale de sages-femmes pour répondre à la demande du système de santé, voire la dépasser, comme indiqué dans les OSMSIO (55).
- Assurer une demande adéquate (emplois) en ce qui concerne la prestation de services de santé pour les soins maternels et néonataux, comme indiqué dans les OSMSIO (55).
- Mettre en œuvre le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (le Code), comme indiqué dans les OSMSIO (55).
- Augmenter et garantir les possibilités d'emploi pour s'assurer que les sages-femmes sans emploi sont retenues dans le secteur de la santé, comblant ainsi des lacunes critiques en matière d'approvisionnement et de distribution.

● Élaborer des stratégies pour attirer et retenir les personnels

- Analyser les grilles salariales nationales par rapport au salaire vital et s'engager à mettre en place un système de rémunération plus équitable, adapté au niveau de responsabilité, et sans distinction de genre pour toutes les sages-femmes, y compris celles du secteur privé.
- Envisager des mesures incitatives et des politiques sociales de soutien pour attirer les personnes vers la profession de sage-femme.
- Établir des avantages pour les sages-femmes travaillant dans des situations d'urgence et humanitaires, tels que le paiement des heures supplémentaires et une prime de risque si nécessaire ; mettre en place des mesures complètes de santé et de sécurité au travail ; et élaborer une formation spécifique en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire, de diagnostic, et de soutien et de services en santé mentale.
- Établir des parcours de carrière clairement définis et des programmes de développement professionnel continu pour les sages-femmes afin d'encourager l'évolution et l'avancement professionnels, notamment en gestion, en leadership, en éducation et en recherche. Reconnaître les progrès réalisés par les sages-femmes dans le domaine de l'éducation en alignant leurs rôles et leurs responsabilités sur une rémunération proportionnée.
- Mettre en œuvre des politiques et établir des pratiques qui favorisent l'équilibre entre le travail et la vie personnelle en veillant à ce que les charges de travail soient acceptables et que les effectifs soient suffisants.
- Développer le mentorat et la gestion, comprenant notamment un soutien aux sages-femmes en début de carrière.

RÉFÉRENCES UTILES

② *Health labour market analysis support tool (beta version 3.0) user manual*. WHO, 2024 (65).

② *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*. OMS, 2021 (55).

② *Guide pour l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé*. OMS, 2021 (66).

② *Lignes directrices de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées*. OMS, 2021 (67).

② *Comptes nationaux des personnels de santé : guide pour la mise en oeuvre*. OMS, 2018 (68).

② *Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé*. OMS, 2017 (69).

② *Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Point 11.5 de l'ordre du jour, 21 mai 2010. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*. OMS, 2010 (70).

4.8 Environnement favorable du système de santé



Les systèmes de santé doivent absolument fonctionner dans un environnement favorable pour que les modèles de soins assurés par les sages-femmes puissent être adoptés et pour que les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins obstétricaux de qualité (26,27,37,54–56).

À cet égard, les sages-femmes, les médecins, le personnel infirmier et les autres soignants doivent bénéficier de conditions de travail sûres et tenant compte du genre, ainsi que d'infrastructures et de fournitures adéquates (24,35,46). Les sages-femmes doivent également pouvoir prodiguer des soins de manière autonome dans leur champ d'exercice, sans subir l'ingérence des structures hiérarchiques de leur établissement ni les dynamiques de pouvoir inégales avec la direction (10,26,54,71). Une section porte sur le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle.

Mesures recommandées

- Favoriser des pratiques et des politiques adaptatives sur le lieu de travail**

 - Permettre aux sages-femmes de contribuer pleinement à la prestation de services, comme indiqué parmi les priorités de l’OSMSIO, et appliquer des politiques garantissant leur autonomie dans leur champ d’exercice.
 - Créer un environnement sensible aux questions de genre et exempt de toute forme de discrimination, de violence et de harcèlement.
 - Mettre en œuvre une politique de tolérance zéro à l’égard du harcèlement verbal, physique et sexuel et promouvoir la prévention de la violence au travail par des formations sur la gestion des conflits.
- Développement ou amélioration des infrastructures et des installations**

 - Élaborer des politiques sur le lieu de travail garantissant la disponibilité des ressources essentielles telles que l’eau, l’assainissement, l’électricité, les fournitures, les produits de base et des infrastructures sûres, y compris l’hébergement et le transport.
 - Veiller à ce que des établissements de santé adéquats soient disponibles, notamment des systèmes d’orientation et de transport, et évaluer les besoins en installations nouvelles ou d’adaptation d’installations existantes.
 - Identifier les fournitures médicales et l’équipement essentiel nécessaires.
 - S’assurer qu’un plan d’allocation et de distribution des fournitures est élaboré pour chaque scénario ou site.
- Promouvoir l’innovation et la technologie**

 - Élargir l’accès des personnels à l’innovation, aux outils et à la technologie pour leur permettre de maximiser leur rendement, leur bien-être, leur motivation et leur satisfaction au travail, y compris dans les contextes de gestion de la performance, de prestation de services et de pratique avancée.
 - Déterminer la nécessité de dossiers de santé électroniques, de systèmes de gestion des données et d’autres outils numériques pour soutenir le suivi et l’évaluation des résultats maternels et néonataux.

RÉFÉRENCE UTILE
● *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*. OMS, 2021 (55).



Une mère conseillée par une sage-femme sur la façon d’allaiter son nouveau-né à l’hôpital Raja Isteri Pengiran Anak Saleha, à Bandar Seri Begawan (Brunéi Darussalam) (2016). © WHO/Yoshi Shimizu

05

**Outil d'évaluation
du cadre de
transition**

Un outil d'évaluation du cadre de transition, présenté dans le Tableau 3, a été mis au point pour aider les pays à estimer leur phase actuelle de transition dans des domaines tels que la mobilisation des femmes et des communautés, la prestation de services et la collaboration interprofessionnelle. En déterminant à quelle phase ils se trouvent pour chaque domaine de transition, les pays peuvent mieux comprendre leurs progrès, identifier les priorités nationales et/ou infranationales et décider des mesures nécessaires au renforcement de leur système de santé et des modèles de soins assurés par les sages-femmes.

Ce cadre a été élaboré à partir d'une revue de la littérature et de consultations d'experts. Bien qu'il n'ait pas encore été testé, ces orientations de mise en œuvre le présentent comme un outil flexible et adaptable pouvant être ajusté en fonction des contextes nationaux et des besoins spécifiques. Des recherches plus approfondies sont recommandées pour améliorer son efficacité et parfaire son application.

Pour chaque domaine de transition, il est recommandé de suivre les étapes ci-dessous :

- Examiner.** Passer en revue les résultats de l'analyse de la situation à l'aide des domaines de transition décrits dans l'outil d'évaluation du cadre de transition.
- Comparer.** Déterminer la situation du pays en la comparant aux descriptions fournies pour chaque phase dans l'outil.
- Sélectionner.** Identifier la phase qui reflète le mieux la situation du pays pour chaque domaine de transition et entourer la case correspondante. Étant donné que chaque domaine couvre plusieurs éléments, le pays peut se trouver à différents niveaux pour différents éléments. Dans ce cas, il est recommandé de sélectionner la phase correspondant à l'élément le moins avancé.
- Résumer.** Présenter une synthèse des résultats. Un tableau récapitulatif peut être utilisé pour chaque domaine de transition, décrivant la phase identifiée et la couleur associée.

Exemple : Dans le pays X, pour le domaine de transition « Mobilisation des femmes et de la communauté », les modèles de soins assurés par les sages-femmes sont bien compris par la communauté (phase IV). Cependant, il n'y a aucune représentation formelle des femmes et des communautés dans les processus de plaidoyer, de gouvernance ou de prise de décisions (phase II). La phase II sera entourée comme évaluation finale, et le tableau récapitulatif sera rempli en conséquence, reflétant cette phase et sa couleur correspondante.

Domaine de transition	Mobilisation des femmes et de la communauté
Phase	Phase II – Transition initiale
Couleur associée	

Tableau 3. Outil d'évaluation du cadre de transition

Mobilisation des femmes et de la communauté



PHASE I	PHASE II	PHASE III	PHASE IV	PHASE V
Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sont peu connus voire pas du tout.	La connaissance des modèles de soins assurés par les sages-femmes est limitée, quoique grandissante.	La connaissance et la compréhension des modèles de soins assurés par les sages-femmes se développent.	Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sont bien compris.	Une compréhension complète et généralisée des modèles de soins des sages-femmes est établie.
Les femmes et les communautés ne participent que peu ou pas du tout à la transition vers les modèles de soins assurés par les sages-femmes.	Des efforts initiaux sont en cours pour faire participer les femmes et les communautés à la transition vers les modèles de soins assurés par les sages-femmes.	Une participation structurée et des approches collaboratives formelles impliquant les femmes et les communautés sont en cours dans la transition vers les modèles de soins assurés par les sages-femmes, mais les mécanismes de responsabilisation et de rétroaction restent limités.	Des mécanismes de participation officiels ont été mis en œuvre pour assurer une collaboration structurée des femmes et des communautés dans la transition vers les modèles de soins assurés par les sages-femmes, avec des systèmes de rétroaction en place.	La participation continue et inclusive des femmes et des représentants de la communauté, y compris ceux issus de milieux vulnérables, est pleinement intégrée au processus de transition.
Les femmes et les communautés sont peu représentées dans les processus de plaidoyer, de gouvernance et de prise de décisions liés à cette transition.	Les femmes et les communautés ne sont pas encore officiellement représentées dans les processus de plaidoyer, de gouvernance et de prise de décisions liés à cette transition.	Les femmes et les communautés sont de plus en plus représentées dans les processus de plaidoyer, de gouvernance ou de prise de décisions, mais les communautés vulnérables et les groupes marginalisés ne sont pas systématiquement impliqués.	Les processus de plaidoyer, de gouvernance, de prise de décisions et d'amélioration continue incluent les voix des communautés vulnérables et des groupes marginalisés.	Des approches collaboratives sont établies, assurant une participation active dans les processus de plaidoyer, de gouvernance, de prise de décisions et d'amélioration

Tableau 3. Outil d'évaluation du cadre de transition

Prestation de services



PHASE I	PHASE II	PHASE III	PHASE IV	PHASE V
Aucun modèle de soins assurés par les sages-femmes n'est en place.	Des discussions sont en cours sur la conception d'un modèle de soins assurés par les sages-femmes adapté au contexte, cherchant notamment à définir l'ensemble de services et les parcours de soins de cette pratique, afin d'établir une base conceptuelle solide.	La conception du modèle de soins assurés par les sages-femmes a été finalisée, intégrant un ensemble complet de services assurés par les sages-femmes et des parcours de soins clairement définis pour assurer la continuité des soins indépendamment de la plateforme de santé.	Le modèle de soins assurés par les sages-femmes a été développé à l'échelle nationale, garantissant l'accès à des prestations de soins assurés par les sages-femmes de qualité pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés.	Le modèle de soins assurés par les sages-femmes a été pleinement intégré dans le système national de santé, assurant la continuité des soins assurés par les sages-femmes de qualité et équitables pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés.
	Les premiers préparatifs en vue d'une mise en œuvre pilote sont en cours.	La mise en œuvre pilote a été lancée dans certaines régions et/ou établissements, et des cadres initiaux de suivi et d'évaluation ont été établis.	Des discussions sont en cours sur l'adaptation du modèle à un modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes là où il n'en existe pas encore.	Des cadres de suivi et d'évaluation, ainsi que des dispositifs d'amélioration continue de la qualité, sont en place.
		Des discussions sont en cours sur l'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre à plus grande échelle.		

Tableau 3. Outil d'évaluation du cadre de transition

Collaboration interprofessionnelle



PHASE I	PHASE II	PHASE III	PHASE IV	PHASE V
La collaboration entre les sages-femmes, les obstétriciens, les pédiatres, le personnel infirmier et les autres agents de santé demeure limitée ou minimale.	Des efforts précoces de collaboration et de consolidation des relations ont lieu par le biais d'initiatives conjointes informelles entre les sages-femmes, les médecins, le personnel infirmier et d'autres agents de santé.	La collaboration a été renforcée par des initiatives interdisciplinaires structurées.	Les sages-femmes font preuve d'autonomie dans la prise de décisions relative à leur champ d'exercice, tout en maintenant la collaboration interprofessionnelle.	La collaboration est pleinement incorporée dans l'ensemble du système de santé, caractérisée par des partenariats équitables, une formation interprofessionnelle continue, des réseaux formels de soins et des mécanismes efficaces de résolution des conflits.
La prise de décisions reste hiérarchisée, les sages-femmes opérant sous la supervision de médecins, dont les obstétriciens.	De premières mesures sont prises en vue d'un processus décisionnel plus équitable. Cependant, les sages-femmes continuent en grande partie d'opérer sous la supervision de médecins, y compris d'obstétriciens, qui conservent souvent le pouvoir de décision clinique, y compris pour les questions relevant du champ d'exercice de la sage-femme.	La prise de décisions conjointe prend de l'ampleur, mais le processus demeure hiérarchisé, les sages-femmes continuant d'opérer sous la supervision de médecins, y compris d'obstétriciens.	Les sages-femmes adoptent une communication claire, respectueuse et cohérente avec les autres professionnels de la santé afin d'assurer des soins coordonnés et des résultats positifs en matière de santé.	Une culture de confiance et de leadership partagé est assurée, appuyée par un engagement constant envers l'amélioration continue de la qualité.

Tableau 3. Outil d'évaluation du cadre de transition

Leadership des sages-femmes et recherche



PHASE I	PHASE II	PHASE III	PHASE IV	PHASE V
Le leadership des sages-femmes est absent ou minimal.	Un leadership informel parmi les sages-femmes commence à voir le jour.	Le nombre de postes de direction pour les sages-femmes est en augmentation.	Les fonctions de direction occupées par des sages-femmes seniors sont désormais pleinement intégrées aux structures de gouvernance des secteurs de la santé et de l'éducation.	Le leadership dans la pratique sage-femme/maïeutique favorise une amélioration continue dans les domaines des politiques, de l'éducation, de la recherche et de l'exercice professionnel.
Il n'existe aucune structure organisationnelle pour les sages-femmes au sein du ministère de la santé.	De premières démarches sont en cours pour mettre en place une représentation des sages-femmes au sein du ministère de la santé.	La représentation des sages-femmes dans les processus formels de gouvernance et de prise de décisions est plus importante, bien que les contributions des sages-femmes ne soient pas toujours pleinement prises en compte.	Il existe un poste de sage-femme en chef ou équivalent au sein du ministère de la santé.	La représentation des sages-femmes dans les processus de gouvernance et de prise de décisions au sein du ministère de la santé est robuste et formalisée, la voix des sages-femmes étant activement prise en compte.
La représentation des sages-femmes dans les processus de gouvernance et de prise de décisions est insuffisante ou minimale.	Les sages-femmes commencent à participer aux processus de gouvernance et de prise de décisions.	Une association professionnelle de sages-femmes a été créée, avec un cadre de gouvernance de base et des objectifs clairement définis.	Les sages-femmes sont représentées dans les processus de gouvernance et de prise de décisions, et leurs contributions sont activement prises en compte.	Soutenue par un modèle de financement durable, l'association professionnelle des sages-femmes joue un rôle central dans le plaidoyer et contribue aux processus décisionnels nationaux.
Il n'existe aucune association professionnelle de sages-femmes.	Des discussions sont en cours sur la création d'une association professionnelle de sages-femmes, bien que les efforts demeurent non structurés.	Un nombre croissant de sages-femmes participent à des activités de recherche ; toutefois, leur accès à des fonctions de leadership dans ce domaine demeure limité. Il n'existe actuellement ni initiatives formelles de recherche en pratique sage-femme/maïeutique ni mécanismes de financement dédiés.	L'association professionnelle des sages-femmes fonctionne comme une entité formelle et établie, qui défend et représente les sages-femmes dans le cadre des processus décisionnels nationaux.	Les sages-femmes dirigent et coordonnent des activités de recherche, soutenues par des financements dédiés et des mécanismes institutionnels.
Les sages-femmes ne participent pas aux activités de recherche.	Certaines sages-femmes commencent à participer à des activités de recherche, mais elles ne les dirigent pas, et le soutien institutionnel aux initiatives de recherche dirigées par des sages-femmes est limité ou inexistant.		Les sages-femmes dirigent et coordonnent des activités de recherche, bien que les financements dans ce domaine restent limités.	

Tableau 3. Outil d'évaluation du cadre de transition



Environnement politique et réglementaire

PHASE I	PHASE II	PHASE III	PHASE IV	PHASE V
Des stratégies ou politiques officielles reconnaissant les sages-femmes et les soins assurés par ces dernières sont absentes ou minimales.	Des discussions sont en cours sur l'intégration des modèles de soins assurés par les sages-femmes dans les stratégies nationales de santé, et les premières ébauches de cadres juridiques sont en développement.	Des ébauches de politiques et de stratégies spécifiques aux soins assurés par les sages-femmes définissent les rôles et les responsabilités des sages-femmes.	Les politiques adoptées permettent aux sages-femmes d'exercer en tant que professionnelles autonomes, avec le pouvoir de prendre des décisions dans le cadre de leur champ d'exercice défini.	Des stratégies et des politiques nationales complètes et bien établies reconnaissent et soutiennent pleinement les modèles de soins assurés par les sages-femmes.
Il n'existe aucun système réglementaire ou système d'accréditation pour les sages-femmes.	De nouveaux systèmes d'accréditation comprennent des normes minimales documentées à respecter en matière d'éducation et d'exercice, bien que celles-ci ne soient pas appliquées de manière uniforme.	Le système de réglementation de la profession de sage-femme s'est élargi pour inclure un champ d'exercice défini, des mécanismes d'accréditation pour les programmes d'études de sages-femmes et un code de conduite et de déontologie formel, officiellement approuvé par une autorité de réglementation.	Des processus réglementaires sont mis en œuvre au niveau national, avec des preuves documentées de révisions régulières et de pratiques standardisées dans les directives officielles.	Des systèmes robustes de réglementation de la profession de sage-femme et d'accréditation sont pleinement intégrés dans le système national de santé, avec des processus de suivi et d'évaluation établis en place.
Les politiques en milieu de travail et les contraintes institutionnelles empêchent les sages-femmes d'exercer pleinement conformément à leurs qualifications et à leur formation reconnues au niveau national.	Des efforts préliminaires sont déployés pour réviser les politiques sur le lieu de travail et réduire les contraintes institutionnelles.	Les politiques sur le lieu de travail ont été révisées pour permettre aux sages-femmes d'exercer pleinement selon leurs qualifications et de leur éducation.	Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sont inclus dans les stratégies nationales de santé.	Les politiques sur le lieu de travail et les cadres institutionnels aident pleinement les sages-femmes à exercer selon leurs qualifications et leur éducation reconnues au niveau national.

Tableau 3. Outil d'évaluation du cadre de transition

Éducation et développement professionnel continu



PHASE I	PHASE II	PHASE III	PHASE IV	PHASE V
Des programmes formels d'études en pratique sage-femme/maïeutique sont absents ou très limités. Des discussions sont en cours sur l'élaboration d'un programme d'études en pratique sage-femme/maïeutique basé sur les compétences, d'une durée minimale de trois ans. Il n'existe aucun programme de développement professionnel continu.	Un programme d'études d'une durée minimale de trois ans, suivant une approche par compétences, est actuellement mis en œuvre sous forme de pilote dans certains établissements d'enseignement, avec des mécanismes de rétroaction en place afin de soutenir l'amélioration continue du programme. Des cadres préliminaires pour les programmes de développement professionnel continu ont été élaborés, mettant l'accent sur les compétences essentielles, les attitudes professionnelles et la mise à jour des connaissances pour les sages-femmes en exercice.	Le programme d'études pour la formation des sages-femmes a été révisé sur la base des résultats de la mise en œuvre pilote, et officiellement adopté par les établissements d'enseignement à l'échelle nationale afin de mieux répondre aux besoins évolutifs de la population. Les programmes de développement professionnel continu ont été élargis et standardisés afin de garantir une offre de développement professionnel continu de qualité pour les sages-femmes.	Les programmes d'études et de développement professionnel continu pour les sages-femmes, suivant une approche par compétences, sont standardisés et mis en œuvre à l'échelle nationale. Une offre complète de développement professionnel continu permet aux sages-femmes d'actualiser et d'améliorer continuellement leurs compétences.	Les programmes d'études et de développement professionnel continu pour les sages-femmes, suivant une approche par compétences, sont pleinement conformes aux stratégies nationales et cadres juridiques de santé, soutenus par des allocations budgétaires spécifiques et des systèmes robustes de suivi et d'évaluation. Des processus d'évaluation et d'amélioration continue sont établis pour le programme d'études et pour les programmes de développement professionnel continu.

Tableau 3. Outil d'évaluation du cadre de transition



Stratégies relatives aux personnels de santé

PHASE I	PHASE II	PHASE III	PHASE IV	PHASE V
La planification coordonnée des personnels de santé pour les modèles de soins assurés par les sages-femmes est absente ou minimale.	Les efforts émergents de planification et de prévision des personnels de santé comprennent la cartographie initiale des lacunes en matière de services et des besoins en installations.	Le premier plan et les premières prévisions relatifs aux personnels, fondés sur les données, ont été établis, répondant aux lacunes en matière de services, aux besoins en installations et aux besoins futurs en personnels de santé.	Le plan complet et les prévisions relatifs aux personnels de santé ont été entièrement mis en œuvre, établissant une feuille de route claire pour combler les lacunes en matière de services, les besoins en installations et les besoins futurs en personnels de santé.	Le plan et les prévisions relatifs aux personnels de santé sont continuellement mis à jour et affinés en fonction des données et de la rétroaction afin d'assurer qu'ils reflètent l'évolution des besoins et des priorités en matière de soins de santé.
Les données sur les besoins en matière de personnels de santé sont limitées.	Des mesures ont été prises pour recueillir et compiler des données sur les personnels de santé provenant de diverses sources, notamment de sondages, de dossiers institutionnels et de bases de données nationales.	Une analyse préliminaire des données existantes sur les personnels de santé a été effectuée.	Les données sur les personnels de santé sont étudiées en profondeur à l'aide d'analyses avancées afin d'identifier les tendances, les lacunes en matière de compétences et les possibilités d'optimisation.	Les systèmes de données relatives aux personnels de santé sont entièrement intégrés sur toutes les plateformes pertinentes, ce qui permet d'accéder aux données en temps réel et de gérer les personnels de santé avec plus de précision.
Il n'existe pas de registre national des sages-femmes.	Des discussions préliminaires sont en cours sur la création d'un registre national des sages-femmes.	L'élaboration d'un registre national des sages-femmes est en cours afin d'assurer un suivi et une prise en charge précis des sages-femmes.	Le registre national des sages-femmes est opérationnel et offre des informations précises et à jour sur les sages-femmes afin d'appuyer la planification et la gestion des personnels de santé.	Le registre national des sages-femmes est entièrement opérationnel et continuellement mis à jour, et comprend des fonctionnalités pour le développement professionnel, la gestion des renouvellements de certification et une analyse des personnels de santé plus précise.
Il n'existe pas d'initiatives ciblées pour le recrutement et la rétention.	Des discussions préliminaires sont en cours sur les stratégies de recrutement et de rétention.	Des discussions stratégiques sont en cours sur des approches novatrices en matière de recrutement et de rétention, en mettant l'accent sur une rémunération compétitive, des modalités de travail flexibles et des programmes de mobilisation du personnel dans le but de renforcer l'attractivité de la profession et de promouvoir la fidélisation des sages-femmes.	Des stratégies de recrutement et de fidélisation ont été mises en œuvre, ce qui a permis d'améliorer les dispositifs de rémunération, d'assurer des modalités de travail flexibles et d'optimiser les programmes de mobilisation du personnel qui renforcent l'attractivité de la profession et favorisent la rétention des sages-femmes.	Les programmes de recrutement et de rétention sont bien établis et continuellement améliorés, intégrant les meilleures pratiques et la rétroaction pour maintenir la stabilité, la satisfaction et le haut niveau de compétence des sages-femmes.

Tableau 3. Outil d'évaluation du cadre de transition

Environnement du système de santé



PHASE I	PHASE II	PHASE III	PHASE IV	PHASE V
Les éléments fondamentaux du système de santé nécessaires au soutien des modèles de soins assurés par les sages-femmes sont absents ou minimaux. L'équipement et les fournitures essentiels requis pour la fourniture de services assurés par les sages-femmes font défaut. Les systèmes d'orientation sont inadéquats, voire inexistants, ce qui entrave le transfert efficace des femmes et des nouveau-nés vers d'autres prestataires. Les sages-femmes et d'autres agents de santé sont confrontés à des conditions de travail marquées par un manque de sécurité et de stabilité.	Des efforts ont été entrepris pour mettre en place une infrastructure et des ressources de base pour soutenir les modèles de soins assurés par les sages-femmes, et notamment la provision de fournitures et d'équipements essentiels aux établissements de santé. Des mesures initiales sont en cours pour améliorer les environnements de travail, en mettant l'accent sur le respect des normes fondamentales en matière de sûreté, de sécurité et d'hygiène. Bien que les progrès restent limités, ces efforts représentent les premiers pas vers des améliorations significatives.	L'infrastructure et les ressources nécessaires pour soutenir les modèles de soins assurés par les sages-femmes, y compris les services publics essentiels tels que l'eau et l'électricité, sont en passe d'être renforcées. De plus en plus d'établissements sont désormais équipés de manière adéquate en fournitures et en équipements essentiels. Des conditions de travail sûres et sécurisées sont progressivement priorisées, notamment : - Sécurité au travail : améliorations apportées aux protocoles et aux pratiques de sécurité au travail. - Mesures de protection : mise en œuvre de mesures visant à protéger les agents de santé contre le harcèlement ou la violence, en favorisant un environnement de travail sûr et favorable.	Les éléments clés du soutien apporté par le système de santé ont été élargis. Les établissements à tous les niveaux de soins sont systématiquement dotés en ressources essentielles. Des conditions de travail sûres, sécurisées et favorables sont devenues pratique courante, à l'aide de politiques et de mesures qui favorisent le bien-être et la satisfaction du personnel.	L'environnement du système de santé est très favorable aux modèles de soins assurés par les sages-femmes, avec une infrastructure fonctionnelle bien équipée et des conditions de travail sûres et sécurisées universellement mises en œuvre. Les politiques et les mécanismes de gouvernance favorisent un environnement durable et favorable pour les agents de santé.

Une fois l'outil appliqué et le tableau récapitulatif achevé, attribuant la phase correcte à chaque domaine de transition, les étapes suivantes sont recommandées pour analyser et exploiter les résultats de manière stratégique.

- **Identifier les priorités nationales.** Identifier les domaines de transition étant dans la phase la moins avancée, correspondant aux éléments du processus de transition qui ont le plus de retard. Le fait de prioriser ces domaines pour les interventions à court et à moyen terme peut contribuer à accélérer efficacement les progrès accomplis.
- **Faire des comparaisons entre les domaines.** Rechercher les incohérences ou les écarts entre l'avancement de domaines de transition connexes. Par exemple, la normalisation et la mise en œuvre des programmes d'études et de développement professionnel continu pour les sages-femmes, selon une approche par compétences, peuvent en être à la phase IV, tandis que la connaissance par les femmes et les communautés des modèles de soins assurés par les sages-femmes peut seulement être à la phase I. De tels écarts peuvent indiquer des goulets d'étranglement ou des domaines critiques devant être améliorés.

- **Définir des actions stratégiques et les intégrer au plan opérationnel.** Sur la base des résultats de l'évaluation, identifier des actions spécifiques pour faire progresser chaque phase actuelle de transition vers la phase suivante. Inclure ces actions dans le plan opérationnel. Le chapitre 4 propose des mesures détaillées pour chaque domaine de transition.
- **Surveiller les progrès au fil du temps.** Appliquer l'outil périodiquement pour suivre les progrès et appuyer les ajustements apportés à la planification stratégique.
- **Utiliser les résultats dans des rapports élargis et des activités de plaidoyer plus générales.** Les résultats peuvent éclairer les rapports nationaux, les plans opérationnels, les initiatives de plaidoyer et les communications destinées aux partenaires internationaux.
- **Communiquer efficacement les résultats.** Élaborer un résumé concis ou une représentation visuelle en utilisant un code couleur pour partager les résultats avec les autorités, les équipes techniques et les organisations communautaires. Cette méthode renforce la transparence, encourage l'appropriation et favorise la participation multisectorielle.

06

Récits de transition

Ce chapitre présente des récits de transition tirés de cinq contextes et champs d'application différents. Ces exemples ne constituent pas les meilleures pratiques qu'il faudrait suivre à la lettre mais ont pour but d'illustrer les différents modèles en s'appuyant sur des cas existants.



Une femme enceinte reçoit des soins prénatals au poste de santé de Barangay, dans un village de pêcheurs de Malita, dans la province de Davao occidental (Philippines). © OMS/Yoshi Shimizu

📍 Bangladesh

6.1 Transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes en l'absence de sages-femmes : un récit du Bangladesh

● **Lieu**
Bangladesh (échelle nationale)

● **Cadre**
Transition nationale

Contexte

Le Bangladesh a réalisé des progrès notables dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Certains défis persistaient néanmoins, en particulier dans les zones rurales où les personnels de santé qualifiés sont rares et où les accouchements à domicile sont encore courants.

En 2008, afin d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle et néonatale, le Gouvernement du Bangladesh, avec l'appui du FNUAP, de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres partenaires, a entamé le processus de transition vers un modèle de soins assurés par les sages-femmes. L'initiative était révolutionnaire à l'époque dans le pays car la profession de sages-femmes n'existait pas.

Processus de transition

Piliers essentiels



Un engagement politique fort de la part du Gouvernement et un encadrement robuste de la part du Ministère de la santé et du bien-être familial, ainsi qu'une collaboration étroite entre les ministères et les départements gouvernementaux.

Des partenariats solides ont été établis avec les principales parties prenantes – notamment le FNUAP, l'OMS, l'UNICEF, des donateurs internationaux, des ONG locales, la Société d'obstétrique et de gynécologie du Bangladesh, ainsi que d'autres associations professionnelles et dirigeants communautaires – afin d'apporter un soutien et de mener des activités de plaidoyer.

Processus de transition

Bangladesh

Processus par domaine de transition



Environnement politique et réglementaire

- 2008 • Élaboration des orientations stratégiques pour soutenir l'introduction de sages-femmes professionnelles, en mettant l'accent sur l'utilisation efficace des infirmières et infirmiers – sages-femmes.
- 2014 • Publication des Orientations stratégiques nationales pour les sages-femmes au Bangladesh.
- 2016 • Mise à niveau de la Direction des services infirmiers et du Conseil des soins infirmiers du Bangladesh pour inclure la profession de sage-femme.
• Élaboration d'un cadre réglementaire et d'un système d'accréditation définissant le champ d'exercice des sages-femmes.
- 2017 • Élaboration d'un mode opératoire normalisé pour l'exercice de la profession de sage-femme, révisé en 2022 pour inclure l'administration de médicaments essentiels par les sages-femmes.
• Mise en place de lignes directrices nationales à l'intention des sages-femmes.
- 2021 • Élaboration d'un plan d'action national chiffré pour les soins assurés par les sages-femmes (2021-2025) et de lignes directrices de déploiement pour les sages-femmes.



Environnement favorable du système de santé

- 2016 - présent • Provision de fournitures essentielles et de logistique aux établissements de santé pour soutenir les services assurés par les sages-femmes.



Éducation et développement professionnel continu

- 2010-2012 • Élaboration d'un programme national d'études de sage-femme.
- 2011 • Lancement d'un programme d'études avancées de six mois pour les infirmiers et infirmières- sages-femmes.
- 2013 • Introduction d'un programme d'études de sage-femme de trois ans débouchant sur un diplôme.
• Écoles de sages-femmes dotées de laboratoires de compétences et des infrastructures nécessaires.
- 2016 • Lancement d'un programme de master mixte en santé sexuelle et reproductive et droits connexes à l'intention des enseignant(e)s sages-femmes.
- 2019 • Lancement de processus d'accréditation pour les programmes d'études de sages-femmes.
- 2020 • Élaboration d'un projet de programme de développement professionnel continu associé au renouvellement de l'accréditation.
- 2022 • Introduction d'un diplôme de sage-femme élémentaire post-Bachelor.
- 2023 • Mise en œuvre d'un programme d'assurance-qualité pour les études de sage-femme.
- 2026 • Lancement d'un master de formation continue de deux ans en soins obstétricaux.



Stratégies relatives aux personnels de santé

- 2014 • Création de 3000 postes de sages-femmes, en privilégiant les régions mal desservies.
- 2018 • Déploiement de 1149 sages-femmes dans les établissements publics de santé.
- 2021 • Déploiement de 1407 sages-femmes supplémentaires dans les établissements publics de santé
- 2022 - 2024 • Création de 7000 nouveaux postes de sages-femmes dans le secteur public.
- 2025 • Élaboration d'un parcours professionnel structuré pour les sages-femmes.

Processus de transition

Bangladesh

Processus par domaine de transition



Leadership des sages-femmes et recherche

- 2010** ● Création de la Société des sages-femmes du Bangladesh.
- Depuis 2017** ● Renforcement des capacités de la Société des sages-femmes du Bangladesh.
- 2018** ● Lancement du programme de développement pour les jeunes sages-femmes leaders dans le but d'autonomiser les sages-femmes à l'aide de formations au leadership, au coaching et de mentorat.
- 2020** ● Création d'une unité dédiée aux sages-femmes au sein de la Direction générale des soins infirmiers et des sages-femmes du ministère de la santé.



Prestation de services

- Depuis 2016** ● Mise en œuvre du modèle de soins assurés par les sages-femmes dans les établissements publics de santé. Les sages-femmes assurent une gamme complète de services ayant trait à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes, comprenant notamment les soins maternels, les accouchements normaux, la planification familiale et les interventions de lutte contre la violence fondée sur le genre, tout en coordonnant les soins maternels et néonataux dans le cadre de leur champ d'exercice. Ces sages-femmes collaborent également avec d'autres professionnels de santé en cas d'urgence. Dans les établissements où les sages-femmes sont déployées, elles prennent en charge environ 89 % des accouchements.
- 2018** ● Intégration des données sur les services assurés par les sages-femmes dans le système d'information sanitaire de district.



Collaboration interprofessionnelle

- Depuis 2006** ● Plaidoyer et soutien de la part de la Société d'obstétrique et de gynécologie du Bangladesh.
- Depuis 2016** ● Plaidoyer, orientation et formation conjoints sur les rôles et responsabilités des sages-femmes pour les gestionnaires des services de santé et autres agents de santé.
- Définition officielle des rôles et responsabilités des sages-femmes au sein des établissements de santé.
- 2017** ● Lancement d'un programme de mentorat par des médecins en établissement pour soutenir la mise en œuvre des soins assurés par les sages-femmes.
- 2018** ● Poursuite du plaidoyer et de l'orientation au niveau du district pour soutenir la mise en œuvre du champ d'exercice actualisé des sages-femmes.



Mobilisation des femmes et de la communauté

- Campagnes nationales et locales de sensibilisation sur les avantages des modèles de soins assurés par les sages-femmes, associant la mobilisation communautaire, la couverture médiatique et la célébration de la Journée internationale des sages-femmes.
- Engagement continu auprès des communautés et des dirigeants locaux pour augmenter la demande de services assurés par les sages-femmes et promouvoir l'accouchement en établissement.

Enseignements tirés

- La transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes est un processus à long terme qui nécessite un engagement politique soutenu et un engagement continu auprès des communautés et des parties prenantes.
- Une reconnaissance adéquate et un soutien institutionnel pour les sages-femmes sont essentiels pour leur permettre d'assurer des soins de qualité et de prospérer au sein du système de santé.
- La participation du secteur privé est essentielle pour élargir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes grâce aux soins assurés par les sages-femmes.
- La création d'emplois doit être rapidement suivie par le déploiement de sages-femmes dans le marché du travail.
- Le déploiement de sages-femmes doit aller de pair avec la création d'un environnement favorable à l'exercice de la profession.

Malgré des ressources limitées et une charge de travail élevée, un solide travail d'équipe, un mentorat continu et une collaboration stratégique peuvent contribuer à surmonter les obstacles et à améliorer la qualité des soins.



Une femme tenant dans ses bras un nouveau-né, accompagnée par une sage-femme au Bangladesh. © ICM

📍 République démocratique du Congo

6.2 Continuité des soins assurés par les sages-femmes aux survivantes de violences sexuelles : un récit de la République démocratique du Congo

● Lieu Bukavu (République démocratique du Congo)	● Cadre Mise en œuvre à l’hôpital général de référence de Panzi
● Modèle de soins Continuité des soins assurés par les sages-femmes tout au long de la grossesse, de l’accouchement et de la période postnatale	● Bénéficiaires des soins Femmes enceintes et survivantes de violences sexuelles

Contexte

Conscient des défis physiques et psychologiques subis par les survivantes de violences sexuelles, l’hôpital général de référence de Panzi, en République démocratique du Congo, a mis au point un modèle de soins holistique et intégré sur l’ensemble du parcours de soins, de la grossesse et l’accouchement jusqu’à un an de période postnatale.

Processus de transition

Piliers essentiels



- Mise en place d’une équipe de gestion de projet, avec un(e) chef(fe) de projet désigné(e).
- Coordination régulière de l’équipe par le biais de réunions structurées et de collaboration.
- Soutien financier externe d’organisations telles que Médecins du Monde, le FNUAP et Panzi Foundation USA.

Processus de transition

📍 République démocratique du Congo

Processus par domaine de transition



Prestation de services : conception du modèle

- Le modèle de prestation de services est centré sur la personne, intégré et fondé sur la continuité des soins assurés par les sages-femmes. Il est soutenu par une solide approche d'équipe interprofessionnelle en équipe, qui permet aux filles et aux femmes enceintes de participer activement à leur parcours de soins.
- Une sage-femme dédiée est affectée à chaque femme pour lui assurer des soins prénatals, intrapartum (dans la mesure du possible), postnatals précoces et, le cas échéant, des visites de suivi à domicile pendant une période pouvant aller jusqu'à un an après la naissance.
- La sage-femme est soutenue par une équipe interdisciplinaire d'obstétriciens, de pédiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux pour une prise en charge intégrée et holistique.



Collaboration interprofessionnelle

- Organisation régulière de réunions d'équipe interdisciplinaires pour assurer des soins coordonnés qui tiennent compte des traumatismes subis par les femmes.
- Organisation d'une formation interprofessionnelle conjointe sur le modèle de soins à l'ensemble du personnel.
- Création d'espaces sécuritaires pour la réflexion de groupe à l'intention de l'équipe interprofessionnelle.



Environnement politique et réglementaire

- Révision des politiques et des protocoles de l'établissement pour refléter l'approche du modèle de soins.



Mobilisation des femmes et de la communauté

- Mise en place d'un réseau de mères mentors qui continue d'assurer des services de soutien par les pairs et des séances prénatales hebdomadaires fondés sur l'expérience partagée.
- Participation active et continue des femmes à l'élaboration de leurs propres plans de soutien.



Leadership des sages-femmes et recherche

- Désignation d'un chef ou d'un(e) chef(fe) responsable du service de maternité.
- Sélection d'un groupe dédié de sages-femmes affiliées au projet.



Environnement favorable du système de santé

- Création d'une salle d'accouchement individuelle pour disposer d'une ambiance calme et favorable



Éducation et développement professionnel continu

- Organisation d'activités de renforcement des capacités avec une adaptation aux besoins et aux difficultés perçus par les sages-femmes.

Enseignements tirés

Ce modèle de soins démontre que même dans les pays à faible revenu, touchés par des conflits, où les taux de violence sexuelle sont élevés, la grossesse et l'accouchement peuvent être des expériences positives et valorisantes pour les femmes. Le renforcement de l'autonomie professionnelle, des compétences, de la collaboration interprofessionnelle et des conditions de travail des sages-femmes présente un bénéfice pour les femmes ainsi que leurs nouveau-nés, tout en améliorant la satisfaction et la performance clinique des sages-femmes.



Une femme enceinte reçoit le soutien holistique d'une sage-femme au cours du travail à l'hôpital de référence de Panzi, (République démocratique du Congo). © FNUAP, République démocratique du Congo/Lisa Thanner

📍 Angleterre

6.3 De l’engagement politique au changement à grande échelle : la transition vers la continuité des soins assurés par les sages-femmes en Angleterre

● Lieu Angleterre (Royaume-Uni)	● Cadre À travers l’Angleterre (Royaume-Uni)
● Modèle de soins Continuité des soins assurés par les sages-femmes tout au long de la grossesse, de l’accouchement et de la période postnatale	● Bénéficiaires des soins Toutes les femmes enceintes

Contexte

En 2015, l’Angleterre (Royaume-Uni) a lancé un examen des services de maternité afin d’évaluer l’offre de soins et d’explorer de nouveaux modèles de soins pour mieux répondre aux besoins des femmes et des nouveau-nés. S’appuyant sur des données probantes et sur un vaste processus de consultation auprès des femmes et des communautés, le rapport Better Births Review (2016) a recommandé la continuité des soins assurés par les sages-femmes afin d’assurer des services plus sûrs, plus personnalisés et plus équitables. Ce changement a nécessité une transformation à grande échelle, motivée par les facteurs clés décrits ci-dessous (73).

Processus de transition

Piliers essentiels

Engagement politique du Secrétaire d’État à la santé et à l’assistance sociale en faveur de la réduction de la mortalité et de la morbidité néonatales.

Gouvernance et leadership assurés par un panel d’experts, comprenant des représentants des femmes.

Allocation de fonds supplémentaires pour soutenir la transition.

Nomination de la première sage-femme en chef, qui a joué un rôle déterminant pour définir la vision et établir la direction des soins de maternité.

Nomination de responsables régionaux dans toute l’Angleterre (Royaume-Uni) pour soutenir le processus de transition.

Processus de transition

Processus par domaine de transition



Environnement politique et réglementaire

- 2021 • Élaboration et publication d’orientations pour la planification, la mise en œuvre et le suivi de la continuité des soins assurés par les sages-femmes (69).
- Inclusion de la continuité des soins assurés par les sages-femmes pour les femmes des communautés noires, asiatiques et ethniques minoritaires et des groupes les plus démunis en tant que domaine d’intérêt clinique dans le Programme national de lutte contre les inégalités de santé.
- 2023 • Élaboration d’un plan de prestation triennal pour les services de maternité et de néonatalogie.



Mobilisation des femmes et de la communauté

- Mobilisation des femmes et des communautés par le biais d’événements régionaux, de visites des services de soins, d’une messagerie électronique pour recevoir des commentaires sur le sujet de la maternité, de groupes de discussion, d’événements d’écoute et d’une consultation en ligne.
- L’enquête de la Commission de la qualité des soins sur la maternité permet d’évaluer chaque année l’expérience des femmes concernant les soins



Collaboration interprofessionnelle

- 2024 • Élaboration d’un programme de formation continue sur la continuité des soins assurés par les sages-femmes par le service national de santé britannique.

Angleterre



Prestation de services : conception du modèle (2016)

- 2016 • Le modèle de service est défini comme étant centré sur la personne et personnalisé, en fonction des besoins et des décisions des femmes.
- Il est intégré, dispensé dans la continuité et disponible près du lieu de résidence des femmes.
- La continuité des soins implique que les femmes reçoivent des soins prénatals, intrapartum et postnatals assurés par la même sage-femme, avec l’appui d’une équipe de sages-femmes (habituellement un groupe de huit ou moins), dont la charge de travail annuelle compte environ 36 femmes.
- Chaque équipe est en rapport avec un obstétricien pour assurer l’orientation rapide en vue de soins spécialisés



Éducation et développement professionnel continu

- 2018 • Des modules d’apprentissage en ligne et un jeu de société sur la continuité des soins assurés par les sages-femmes ont été créés par le Royal College of Midwives (l’association professionnelle des sages-femmes).
- 2019 • La continuité du modèle de soins assurés par les sages-femmes a été intégrée dans les programmes de formations aux soins obstétricaux



Stratégies relatives aux personnels de santé

- 2021 • Planification des personnels et élaboration d’outils pour déterminer le nombre de sages-femmes nécessaires à une prestation de services durable.

Résultats

Par rapport aux femmes n’ayant bénéficié d’aucune continuité dans leur parcours de soins, celles ayant bénéficié de la continuité des soins assurés par les sages-femmes ont signalé une meilleure expérience des soins, les améliorations les plus significatives ayant été constatées par les femmes bénéficiant d’une continuité tout au long des périodes prénatale, intrapartum et postnatale (75).

Éthiopie

6.4 Introduction d’un modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes dans le nord de l’Éthiopie

Lieu Région de la Shoah du Nord, État régional d’Amhara (Éthiopie)	Cadre Quatre hôpitaux de soins de santé primaires
Modèle de soins Continuité des soins assurés par les sages-femmes pendant la grossesse, l’accouchement et la période postnatale immédiate	Bénéficiaires des soins Femmes enceintes à faible risque de complications

Contexte

Entre août 2019 et septembre 2020, quatre hôpitaux en Éthiopie ont mis à l’essai un modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes. Au lieu de voir différents prestataires à chaque visite prénatale, les femmes enceintes ont bénéficié de soins assurés par la même sage-femme – ou une petite équipe de sages-femmes – tout au long de la grossesse, de l’accouchement et des premiers jours après la naissance.

Processus de transition



Un leadership robuste de la part du Ministère de la santé et de l’Association éthiopienne des sages-femmes a été crucial.

Des activités de plaidoyer et des partenariats soutenus ont été mis en œuvre par l’intermédiaire d’un dialogue politique impliquant le Ministère de la santé, les bureaux régionaux de la santé, les directeurs d’établissements, les membres d’équipe de projet et l’Association éthiopienne des sages-femmes. Ces efforts ont guidé la conception du modèle et la planification de sa mise en œuvre. À la suite de ces discussions, les sages-femmes ont été organisées en équipes de quatre à huit et ont reçu une formation portant sur le modèle de soins et sa philosophie. Chaque sage-femme a assuré des soins complets à 37 femmes tout au long du continuum de soins. Si la sage-femme principale n’était pas disponible, un autre membre de l’équipe intervenait. En cas de complications, des obstétriciens et d’autres agents de santé apportaient leur soutien.

Résultats

- Dans le modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes, 97 % des femmes connaissaient déjà la sage-femme les accompagnant lors du travail et de l'accouchement (76).
- Les femmes ont déclaré être plus satisfaites des soins prénatals, intrapartum et postnatals. Le recours aux services de santé s'est amélioré, avec une augmentation du taux de couverture des soins prénatals et postnatals (76, 77).
- Les accouchements par voie basse et l'allaitement dans l'heure suivant la naissance ont considérablement augmenté (76).
- Le nombre d'interventions injustifiées a été réduit, notamment une diminution de 51 % des césariennes d'urgence, une diminution de 57 % des accouchements assistés par ventouse, une diminution de 73 % des taux d'épisiotomie et une diminution de 47 % du déclenchement du travail (76).
- Les résultats néonataux se sont améliorés, avec une réduction de 61 % des taux de naissances prématurées, une réduction de 59 % des scores d'Apgar à 5 minutes inférieurs à 7 et une réduction de 50 % des admissions en soins intensifs néonataux (76).
- Les sages-femmes travaillant dans le modèle de continuité ont signalé une plus grande satisfaction au travail.

Prochaines étapes

Sur la base de ces résultats, le Ministère éthiopien de la santé, avec le soutien de l'Association éthiopienne des sages-femmes, a élaboré des directives de mise en œuvre pour le déploiement du modèle à l'échelle nationale. Des plans visant à intensifier la mise en œuvre pilote dans 24 woredas (districts) sont à l'étude.



Cisjordanie

6.5 Transition vers la continuité des soins assurés par les sages-femmes dans un contexte touché par le conflit : de la Cisjordanie

Lieu Cisjordanie (territoire palestinien occupé)	Cadre À travers la Cisjordanie (territoire palestinien occupé)
Modèle de soins Continuité des soins assurés par les sages-femmes tout au long de la grossesse et de la période postnatale	Bénéficiaires des soins Femmes mal desservies dans un contexte de ressources limitées touché par le conflit

Contexte

Le modèle a été introduit dans le cadre d’une collaboration pilote entre le Comité Palestine en Norvège, la Société du Croissant-Rouge palestinien et le Ministère palestinien de la santé. Il visait à remédier aux difficultés rencontrées par les femmes enceintes dans les zones rurales de Cisjordanie, en particulier l’accès limité aux hôpitaux. La mise en œuvre a commencé en 2013 dans deux régions et, en 2016, s’est élargie pour inclure six hôpitaux publics régionaux et 37 villages ruraux, en collaboration avec NORWAC, Comité d’aide norvégien (78).

Processus de transition Piliers essentiels



Un groupe de travail et une équipe de gestion de projet ont été mis sur pied afin d’adapter le modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes au contexte local et de superviser sa mise en œuvre.

Les parties prenantes, y compris le ministère de la santé, la Société du Croissant-Rouge palestinien, les représentants des communautés, les représentants des hôpitaux et les donateurs ont participé à la planification, à la budgétisation et aux processus opérationnels.

Le financement initial a été fourni par la Norvège, suivi d’un soutien financier du Ministère de la santé.

Processus de transition

Processus par domaine de transition



Prestation de services : conception du modèle

- Les sages-femmes ont assuré la prise en charge d’un petit nombre de femmes dans les établissements de santé dans le village favorisant l’établissement de liens de confiance continus. Des adaptations flexibles ont été mises en œuvre afin de répondre de manière appropriée aux besoins locaux.
- Des visites hebdomadaires de sages-femmes des hôpitaux publics voisins ont permis d’assurer des soins prénatals, postnatals et de suivi complets. Les femmes ont été orientées vers des spécialistes au besoin tout en maintenant la continuité des soins assurés par les sages-femmes.



Mobilisation des femmes et de la communauté

- Mobilisation des femmes et des représentants de la communauté aux processus de planification, de budgétisation et de mise en œuvre.



Collaboration interprofessionnelle

- Utilisation de smartphones pour faciliter la communication et la coordination entre la communauté et les équipes interprofessionnelles.
- Organisation de réunions d’équipe mensuelles pour aborder les défis et mettre à jour les pratiques cliniques.
- Initiatives de renforcement des capacités comprenant une formation de deux jours pour la formation des sages-femmes, du personnel infirmier et des médecins sur les principes et la pratique de la continuité des soins assurés par les sages-femmes.

Cisjordanie



Stratégies relatives aux personnels de santé

- Remplacement des sages-femmes auxiliaires moins formées par des sages-femmes de niveau Bachelor, à l’aide de bourses d’études pour l’accréditation professionnelle en tant que sage-femme autonome.
- Augmentation des effectifs en sages-femmes dans les hôpitaux.



Environnement favorable du système de santé

- Les sages-femmes ont bénéficié de leçons de conduite et d’un soutien à l’obtention de permis de conduire le cas échéant, et des voitures identifiées et dédiées ont été mises à disposition pour assurer leur transport en toute sécurité vers les cliniques et vers les domiciles des femmes.



Leadership des sages-femmes et recherche

- Coordination des services et supervision des cadres sages-femmes et infirmiers (ères) par des sages-femmes régionales, permettant d’adapter les horaires aux besoins locaux.

Résultats

- Une réduction de 20 % des taux de césariennes non planifiées, une réduction de 21 % des taux de naissances prématurées et une réduction de 28 % des taux d'anémie postnatale ont été observées (79).
- Une augmentation significative des taux d'allaitement maternel exclusif dans les six mois suivant la naissance a été signalée (80).
- Les femmes ont déclaré être très satisfaites des soins tout au long du parcours (80).
- Le recours aux services de santé s'est amélioré (81).

Les activités ont été temporairement interrompues en avril 2020 en raison de la COVID-19 et de difficultés politiques.



Références bibliographiques

1. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2025;13(4):e626–e634. ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(24\)00560-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00560-6/fulltext)).

2. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNIGME). Levels & trends in child mortality: report 2024, estimates developed by the United Nations Children’s Fund. New York: United Nations Children’s Fund; 2025. (<https://childmortality.org/wp-content/uploads/2025/04/UNIGME-2024-Child-Mortality-Report.pdf>).

3. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNIGME). Standing up for stillbirth: current estimates and key interventions. Report of the United Nations inter-agency group for child mortality estimation, 2024. New York: United Nations Children’s Fund; 2025. (<https://childmortality.org/wp-content/uploads/2025/03/UNIGME-Stillbirth-Report-2024.pdf>).

4. Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Kluwgant D, Abalos E et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *Lancet Glob Health*. 2024;12(2):e317–e330. ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00454-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00454-0)).

5. Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2025. (<https://iris.who.int/handle/10665/381012>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

6. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Med*. 2015;12(6):e1001847. (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>).

7. Minckas N, Gram L, Smith C, Mannell J. Disrespect and abuse as a predictor of postnatal care utilisation and maternal-newborn well-being: a mixed-methods systematic review. *BMJ Glob Health*. 2021;6(4):e004698. (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004698>).

8. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Geneva: World Health Organization; 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/379236>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

9. Bazirete O, Hughes K, Lopes SC, Turkmani S, Abdullah AS, Ayaz T et al. Midwife-led birthing centres in four countries: a case study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):1105. (<https://doi.org/10.1186/s12913-023-10125-2>)

10. Sangy MT, Duaso M, Feeley C, Walker S. Barriers and facilitators to the implementation of midwife-led care for childbearing women in low- and middle-income countries: a mixed-methods systematic review. *Midwifery*. 2023;122:103696. (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103696>).

11. Mattison CA, Lavis JN, Wilson MG, Hutton EK, Dion ML. A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems. *Health Res Policy Syst*. 2020;18(1):77. (<https://doi.org/10.1186/s12961-020-00590-0>).

12. Bradford BF, Wilson AN, Portela A, McConville F, Fernandez Turienzo C, Homer CSE. Midwifery continuity of care: a scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLOS Glob Public Health*. 2022;2(10):e0000935. (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935>).

13. Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l’ambition à l’action. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2021. (<https://iris.who.int/handle/10665/351687>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

14. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–1145. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)).

15. Recommandations de l’OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, Organisation mondiale de la Santé (2017). (<https://iris.who.int/handle/10665/259584>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

16. Recommandations de l’OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l’accouchement. Brazzaville, Bureau régional OMS de l’Afrique, 2021. (<https://iris.who.int/handle/10665/339794>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

17. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. (<https://iris.who.int/handle/10665/352658>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

18. Stevens JR, Alonso C. Commentary: creating a definition for global midwifery centers. *Midwifery*. 2020;85:102684. (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102684>).

19. Nove A, Bazirete O, Hughes K, Turkmani S, Callander E, Scarf V et al. Which low- and middle-income countries have midwife-led birthing centres and what are the main characteristics of these centres? a scoping review and scoping survey. *Midwifery*. 2023;123:103717. (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103717>).

20. Hermus MAA, Boesveld IC, Hitzert M, Franx A, de Graaf JP, Steegers EAP et al. Defining and describing birth centres in the Netherlands: a component study of the Dutch birth centre study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):210. (<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1375-8>).

21. Laws PJ, Lim C, Tracy S, Sullivan EA. Characteristics and practices of birth centres in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(3):290–295. (<https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.01002.x>).

22. Policy brief: implementing midwife-led birth centres. The Hague: International Confederation of Midwives; 2025. (<https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/Policy-Brief-Implementing-Midwife-Led-Birth-Centres-.pdf>).

23. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;2024(4):CD004667. (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>).

24. Turkmani S, Nove A, Bazirete O, Hughes K, Pairman S, Callander E et al. Exploring networks of care in implementing midwife-led birthing centres in low- and middle-income countries: a scoping review. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3(5):e0001936. (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001936>).

25. Bogren M, Erlandsson K. Opportunities, challenges and strategies when building a midwifery profession. findings from a qualitative study in Bangladesh and Nepal. *Sex Reprod Healthc*. 2018;16:45–49. (<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.003>).

26. McFadden A, Gupta S, Marshall JL, Shinwell S, Sharma B, McConville F et al. Systematic review of barriers to, and facilitators of, the provision of high-quality midwifery services in India. *Birth*. 2020;47(4):304–321. (<https://doi.org/10.1111/birt.12498>).

27. Middlemiss AL, Channon S, Sanders J, Kenyon S, Milton R, Prendeville T et al. Barriers and facilitators when implementing midwifery continuity of carer: a narrative analysis of the international literature. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):540. (<https://doi.org/10.1186/s12884-024-06649-y>).

28. Hewitt L, Dahlen HG, Hartz DL, Dadich A. Leadership and management in midwifery-led continuity of care models: a thematic and lexical analysis of a scoping review. *Midwifery*. 2021;98:102986. (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102986>).

29. Abou-Malham S, Hatem M, Leduc N. Analyzing barriers and facilitators to the implementation of an action plan to strengthen the

midwifery professional role: a Moroccan case study. BMC Health Serv Res. 2015;15:382. (<https://doi.org/10.1186/s12913-015-1037-3>).

30. Batinelli L, Thaelis E, Leister N, McCourt C, Bonciani M, Rocca-Ihenacho L. What are the strategies for implementing primary care models in maternity? a systematic review on midwifery units. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):123. (<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04410-x>).

31. Stratégies nationales en santé au XXIe siècle : guide pratique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. (<https://iris.who.int/handle/10665/365618>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

32. Guide for conducting national and subnational programme reviews for maternal, newborn, child and adolescent health. Geneva: World Health Organization; 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/376043>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

33. Facilitators’ guide for conducting national and subnational programme reviews for maternal, newborn, child and adolescent health. Geneva: World Health Organization; 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/376027>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

34. OneHealth tool: a resource for supporting countries in setting priorities based on impact and cost-effectiveness considerations in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/tools/onehealth>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

35. McInnes RJ, Aitken-Arbuckle A, Lake S, Hollins Martin C, MacArthur J. Implementing continuity of midwife carer – just a friendly face? a realist evaluation. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):304. (<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05159-9>).

36. What women won: demands for quality healthcare. Washington, D.C.: White Ribbon Alliance; 2022. (https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/What-Women-Want_Global-Results.pdf).

37. Homer CS, Turkmani S, Wilson AN, Vogel JP, Shah MG, Fogstad H et al. Enhancing quality midwifery care in humanitarian and fragile settings: a systematic review of interventions, support systems and enabling environments. BMJ Glob Health. 2022;7(1):e006872. (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006872>).

38. Bogren M, Jha P, Sharma B, Erlandsson K. Contextual factors influencing the implementation of midwifery-led care units in India. Women Birth. 2023;36(1):e134–e141. (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.05.006>).

39. Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldt M, McConville F, Moyo NT et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18:55. (<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1686-4>).

40. Organisation mondiale de la Santé, Organisation de coopération et de développement économiques et Banque internationale pour la reconstruction et le développement. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019. (<https://iris.who.int/handle/10665/324737>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

41. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. Geneva: World Health Organization; 2020. (<https://iris.who.int/handle/10665/334379>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

42. Spencer J, Gilmore B, Lodenstein E, Portela A. A mapping and synthesis of tools for stakeholder and community engagement in quality improvement initiatives for reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health. Health Expect. 2021;24(3):744–756. (<https://doi.org/10.1111/hex.13237>).

43. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Integrating stakeholder and community engagement in quality of care initiatives for maternal, newborn and child health. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020. (<https://iris.who.int/handle/10665/333922>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

44. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Genève, Organisation

mondiale la Santé, 2017. (<https://iris.who.int/handle/10665/254673>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

45. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018. (<https://iris.who.int/handle/10665/274628>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

46. Innov8: Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s’assurer qu’ils ne laissent personne de côté. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019. (<https://iris.who.int/handle/10665/330558>).

47. WHO AccessMod 5 [Online application]. World Health Organization ; 2023. (<https://www.accessmod.org>).

48. WHO universal health coverage Service Planning, Delivery & Implementation (SPDI) Platform. [website]. World Health Organization (<https://uhcc.who.int/uhcpackages>).

49. Networks of care for maternal and newborn health: implementation guidance. Geneva: World Health Organization; 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/379031>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

50. WHO Health Financing Progress Matrix. [website]. World Health Organization (<https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/health-financing/diagnostics/health-financing-progress-matrix>).

51. Styles C, Kearney L, George K. Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: the experience of midwives and obstetricians. Women Birth. 2020;33(4):343–351. (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.008>).

52. Chodzaza E. Midwives’ and medical professionals’ perspectives of collaborative practice at Queen Elizabeth Central Hospital maternity unit, Malawi: the discovery phase of an appreciative inquiry project. Malawi Med J. 2020;32(1):13–18. (<https://doi.org/10.4314/mmj.v32i1.4>).

53. Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. J Midwifery Womens Health. 2010;55(3):250–254. (<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.01.004>).

54. Ismaila Y, Bayes S, Geraghty S. Barriers to quality midwifery care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. Int J Childbirth. 2021;11(3):84–100. (<https://doi.org/10.1891/IJCBIRTH-D-20-00037>).

55. Orientations stratégiques mondiales de l’OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021. (<https://iris.who.int/handle/10665/351146>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

56. The State of the World’s Midwifery 2021: building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere. New York: United Nations Population Fund; 2021. (<https://www.unfpa.org/sowmy>).

57. Blomgren J, Gabrielsson S, Erlandsson K, Wagoro MCA, Namutebi M, Chimala E et al. Maternal health leaders’ perceptions of barriers to midwife-led care in Ethiopia, Kenya, Malawi, Somalia, and Uganda. Midwifery. 2023;124:103734. (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103734>).

58. Roles and responsibilities of government chief nursing and midwifery officers: a capacity-building manual. Geneva: World Health Organization; 2015. (<https://iris.who.int/handle/10665/351684>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

59. Health practitioner regulation: design, reform and implementation guidance. Geneva: World Health Organization; 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/378775>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

60. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? a systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. PLOS ONE. 2016;11(5):e0153391. (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>).

61. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030. Geneva: World Health Organization; 2019.

(<https://iris.who.int/handle/10665/324738>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

62. Regional competency assessment tool for midwifery educators and midwives. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2021. (<https://iris.who.int/handle/10665/351002>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

63. Prototype de cursus de trois ans basé sur les compétences pour la formation initiale des sages-femmes de la région Afrique. Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2016. (<https://iris.who.int/handle/10665/254749>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

64. Midwifery educator core competencies. Geneva: World Health Organization; 2013. (<https://iris.who.int/handle/10665/112730>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

65. Health labour market analysis support tool (beta version 3.0) user manual. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/379059>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

66. Guide pour l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. (<https://iris.who.int/handle/10665/354541>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

67. Lignes directrices de l’OMS pour la production, l’attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021. (<https://iris.who.int/handle/10665/343011>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

68. Comptes nationaux des personnels de santé : guide pour la mise en oeuvre. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018. (<https://iris.who.int/handle/10665/275751>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

69. Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018. (<https://iris.who.int/handle/10665/275750>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

70. Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Point 11.5 de l'ordre du jour, 21 mai 2010 : Code de pratique mondial de l’OMS pour le recrutement international des personnels de santé. (WHA63.16; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-fr-reso.pdf, page 33 ; annexe 5 : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-fr-annexes.pdf, pages 120-127).

71. Andina-Díaz E, Rodríguez-Puente Z, Arias-Gundín O, Pérez-Rivera FJ. Lack of autonomy and professional recognition as major factors for burnout in midwives: a systematic mixed-method review. J Adv Nurs. 2025;81(2):574–590. (<https://doi.org/10.1111/jan.16279>).

72. Reddy B, Thomas S, Karachiwala B, Sadhu R, Iyer A, Sen G et al. A scoping review of the impact of organisational factors on providers and related interventions in LMICs: implications for respectful maternity care. PLOS Glob Public Health. 2022;2(10):e0001134. (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001134>).

73. Better births: improving outcomes of maternity services in England – a five year forward view for maternity care [website]. NHS England; 2017. (<https://www.england.nhs.uk/publication/better-births-improving-outcomes-of-maternity-services-in-england-a-five-year-forward-view-for-maternity-care/>).

74. Delivering midwifery continuity of carer at full scale: guidance on planning, implementation and monitoring 2021/22. NHS England; 2021. (https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/B0961_Delivering-midwifery-continuity-of-carer-at-full-scale.pdf).

75. Maternity survey 2024 [website]. London: Care Quality Commission; 2025. (<https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/maternity-survey>).

76. Hailemeskel S, Alemu K, Christensson K, Tesfahun E, Lindgren H. Midwife-led continuity of care improved maternal and neonatal health outcomes in North Shoa Zone, Amhara Regional State, Ethiopia: a quasi-experimental study. Women Birth. 2022;35(4):340–348.

(<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.01.005>).

77. Hailemeskel S, Alemu K, Christensson K, Tesfahun E, Lindgren H. Midwife-led continuity of care increases women’s satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care: North Shoa, Amhara Regional State, Ethiopia: a quasi-experimental study. Women Birth. 2022;35(6):553–562. (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.08.008>).

78. Mortensen B. Making midwifery matter: introduction of a midwife-led continuity model of care in occupied Palestine [PhD thesis]. Oslo: University of Oslo; 2020. (<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-77106>).

79. Mortensen B, Lieng M, Diep LM, Lukasse M, Atieh K, Fosse E. Improving maternal and neonatal health by a midwife-led continuity model of care – an observational study in one governmental hospital in Palestine. eClinicalMedicine. 2019;10:84–91. (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.04.003>).

80. Mortensen B, Diep LM, Lukasse M, Lieng M, Dwekat I, Elias D et al. Women’s satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. BMJ Open. 2019;9(11):e030324. (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030324>).

81. Mortensen B, Lukasse M, Diep LM, Lieng M, Abu-Awad A, Suleiman M et al. Can a midwife-led continuity model improve maternal services in a low-resource setting? a non-randomised cluster intervention study in Palestine. BMJ Open. 2018;8(3):e019568. (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019568>).

Annexe I.

Processus d'élaboration des orientations de mise en œuvre

Lors de sa cinquième réunion, en mai 2022, le Groupe consultatif stratégique et technique d'experts (STAGE) pour la santé et la nutrition maternelles, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que l'Organisation accompagne les pays dans leur transition vers des modèles de soins assurés par des sages-femmes en fournissant des orientations de mise en œuvre.

Pour donner suite à cette recommandation, l'OMS a convoqué un nouveau groupe de travail du STAGE sur les modèles de soins assurés par les sages-femmes en novembre 2022. Le groupe a déterminé que l'élaboration d'un document de position mondial était essentielle pour définir les modèles de soins assurés par les sages-femmes, décrire leurs principes directeurs et justifier la transition vers ces modèles. Le document de position, développé avec les contributions de plus de 90 personnes et organisations et approuvé par STAGE, a été publié par l'OMS en octobre 2024. Cette publication a établi les bases de l'élaboration ultérieure des présentes orientations.

Rôle du secrétariat du groupe de travail du STAGE sur les modèles de soins assurés par les sages-femmes de l'OMS

Le Secrétariat de l'OMS, dirigé par le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et vieillissement, a reçu l'appui de divers Départements l'OMS, dont le Bureau de la Responsable-chef des services infirmiers, le Département Personnels de santé et le Département Services de santé intégrés. Ses responsabilités comprenaient la conformité aux politiques de l'OMS, la coordination avec les membres du STAGE, la fourniture d'un soutien technique et administratif et la supervision de la rédaction, la production et la publication des orientations.

Structure et responsabilités des groupes externes

Trois groupes distincts ont été convoqués pour contribuer au processus d'élaboration des présentes orientations. Les membres de ces groupes ont été sélectionnés en tenant compte de l'équilibre géographique et des domaines d'expertise, tout en assurant la représentation des sages-femmes, comme recommandé par le STAGE.

Le Groupe de travail

- **Objectif** : fournir une direction générale pour l'élaboration des orientations, guider le processus de développement et assurer l'expertise dans l'ensemble des disciplines pertinentes.
- **Composition** : coprésidé par Sally Pairman (ICM) et Jane Sandall (membre du STAGE), le Groupe comprenait 20 experts dans les domaines de la pratique sage-femme/maïeutique, des systèmes de santé, des politiques et des sciences de la mise en œuvre, dont des membres du STAGE, des représentants d'associations professionnelles, des représentants de groupes de femmes et des partenaires des Nations Unies.

Le groupe central

- **Objectif** : offrir une expertise technique, une rétroaction détaillée et l'identification d'études de cas tout en soutenant la rédaction des orientations.
- **Composition** : deux représentantes de groupes de femmes expérimentées dans le domaine de l'engagement communautaire et 10 professionnelles du monde universitaire, d'associations professionnelles, de gouvernements et de la gestion de programmes, chacune ayant au moins sept ans d'expérience pertinente.

Le groupe d'experts

- **Objectif** : fournir une rétroaction supplémentaire sur la rédaction des orientations, au besoin.
- **Composition** : deux représentantes de groupes de femmes expérimentées dans le domaine de l'engagement communautaire et 10 professionnelles du monde universitaire, d'associations professionnell(e)s, de gouvernements et de la gestion de programmes, chacun ayant au moins sept ans d'expérience pertinente.

Processus d'élaboration

Identification des catalyseurs, des obstacles et du processus de transition vers les modèles de soins assurés par les sages-femmes. Pour développer les grandes lignes et le contenu du document, ainsi que l'outil d'évaluation du cadre de transition, le Secrétariat a cerné les catalyseurs, les obstacles, le processus et les mesures requises pour la transition vers ces modèles de soins par les moyens suivants :

- 1 Examen des articles publiés, de la documentation grise, des rapports nationaux et des principales publications de l'OMS, du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de Jhpiego et de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) portant sur la profession de sage-femme, les personnels de santé, les soins de santé primaires et les systèmes de santé.

- 2 Enseignements tirés des dialogues politiques nationaux sur la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes soutenus par le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est en décembre 2023 au Bangladesh, en Indonésie et au Népal, qui ont permis d'identifier les étapes importantes de la transition pour chacun de ces pays.

- 3 Consultations avec les pays

- **Juillet 2024** : réunion technique régionale sur la mise en œuvre opérationnelle du Plan d'action « Chaque nouveau-né » et de l'Initiative pour mettre un terme à la mortalité maternelle évitable à Lusaka (Zambie).

- **Septembre 2024** : pré-conférence du FNUAP en amont du Congrès régional de l'ICM pour l'Afrique et la Méditerranée orientale à Kigali (Rwanda).

Septembre 2024 : discussion au Congrès régional de l'ICM à Kigali (Rwanda), avec des sages-femmes en chef, des directeurs de services de sages-femmes ou équivalents du Ministère de la santé et de l'éducation médicale de la République islamique d'Iran, du Ministère de la santé de l'Ouganda et du Ministère de la santé de la Zambie.

- **Janvier 2025** : consultation ven ligne organisée par l'infirmier ou l'infirmière en chef et les sages-femmes en chef ou l'équivalent du Ministère de la santé et du bien-être familial de l'Inde, du Ministère de la santé et de l'éducation médicale de la République islamique d'Iran, du Ministère de la santé de l'Ouganda et du Ministère de la santé de la Zambie.

- 4 Conseils des experts techniques du groupe central, du groupe de travail et des membres du STAGE par le biais de :

- Réunions techniques hebdomadaires du groupe central entre août et décembre 2024 pour discuter du contenu, et notamment des actions recommandées par domaine de transition et de l'outil d'évaluation du cadre de transition.
- Trois réunions du groupe de travail pour des contributions supplémentaires entre septembre 2024 et janvier 2025. Le groupe de travail s'est également réuni régulièrement entre novembre 2022 et juillet 2024 pour élaborer le document de position mondial de l'OMS sur la transition vers des modèles de soins assurés par les

sages-femmes. L'expertise technique fournie au cours de ce processus a également été prise en compte lorsque cela était pertinent pour les orientations.

- 5
- Conseils techniques et recommandations des membres du STAGE :
Des présentations du Secrétariat de l'OMS et des discussions techniques avec les membres et les partenaires du STAGE ont eu lieu lors de la sixième réunion du STAGE en novembre 2022, de la septième réunion en mai 2023, de la huitième réunion en novembre 2023 et de la dixième réunion en

Élaboration des orientations

Le Secrétariat de l'OMS a rédigé les orientations en se fondant sur ces constatations. Les trois groupes de membres du STAGE, les partenaires clés et les personnels de l'OMS ont examiné l'avant-projet. Après consolidation des commentaires reçus, le document a été finalisé en vue de sa validation par le STAGE.

Récits de transition et identification d'exemples

Les histoires de transition et les exemples de pays ne sont pas censés représenter les meilleures pratiques définitives, mais offrent plutôt des options pouvant être adaptées pour créer des solutions spécifiques au contexte. Ces exemples ont été identifiés à partir d'une revue de la littérature et de consultations auprès de partenaires et de membres de divers groupes, sur la base des critères suivants :

- Transitions documentées vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes, avec notamment des descriptions détaillées des processus de mise en œuvre et des résultats mesurés, le cas échéant.
- Représentation de différents modèles de soins assurés par les sages-femmes (par exemple, continuité des soins assurés par les sages-femmes, maisons de naissance).
- Diversité géographique, avec des exemples de pays à revenu élevé et de pays à revenu faible ou intermédiaire.

- Variation au niveau de la portée de la mise en œuvre (par exemple, au niveau des établissements, à l'échelle nationale).

Identification des ressources utiles

Les ressources utiles ont été identifiées, examinées et sélectionnées par le Secrétariat de l'OMS en collaboration avec les Départements et Unités concernés. Seules les ressources de l'OMS ont été incluses.

Organisation mondiale de la Santé

**Département Santé de la mère, du
nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent,
et vieillissement**

20 avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Adresse électronique :
mncan@who.int
Site Web (en anglais) :
www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing

www.who.int