



Grande responsabilité peu de reconnaissance ●

Le rôle des sages-femmes dans les contextes fragiles :
l'exemple de l'Irak et de la Côte d'Ivoire



Nous remercions tout particulièrement les sages-femmes de Côte d'Ivoire et d'Irak qui ont accepté d'être interviewées :

Achi, Awa, Carine, Diomande, Diyana, Khawla, Mariame, Mariette, Rasha, Sonia, Syntiche, Yasmin

IMPRESSUM

Éditeur :
CARE Allemagne e. V.
Siemensstraße 17
53121 Bonn
Tél.: +49 (0) 228 – 97563 0
E-Mail: info@care.de
www.care.de

Responsable :
Karl-Otto Zentel, Secrétaire général

Gestion du contenu :
Carla Dietzel (Côte d'Ivoire), Anica Heinlein (Irak)

Collaboration :
Barbara Kühhas, Omar Saleh, Ndri Yao, Marie-Paule Yao, Leon Stumberger, Alida Kehlenbach, Corinna Henrich, Katharina Kohl

Nous remercions les collègues de CARE Octavie Yah chez CARE Côte d'Ivoire et Huda Ali chez CARE Irak pour leur soutien en matière de contenu et de logistique de cette étude.

Composition et mise en page : TiPP 4 GmbH

Crédits photographiques :
Côte d'Ivoire : CARE Allemagne/Keren Lasme
Irak : CARE Allemagne/Saba Kareem

Version allemande Novembre 2023, version française Avril 2024

Copyright © CARE Deutschland e. V.

Cette publication est protégée par les droits d'auteur. Son utilisation est autorisée avec la mention du titulaire du copyright. Toute autre forme de reproduction ne peut se faire qu'avec l'autorisation du détenteur du copyright.

Contenu

Résumé exécutif	5
-----------------------	---

1

Sage-femme : un métier de rêve ?	8
---	----------

1.1 Les sages-femmes : bien plus que de simples obstétriciennes	11
---	----

1.2 Les sages-femmes, partie intégrante des soins en situation de crise	12
---	----

1.3 Une double discrimination : être une femme et exercer une 'profession féminine'.....	12
--	----

1.4 Niveau de financement et manque de priorité : santé et droits sexuels et reproductifs	13
---	----

1.5 CARE logique d'impact : les sages-femmes, actrices du changement	16
--	----

2

Les sages-femmes au service d'une vie autodéterminée – exemples d'Irak et de Côte d'Ivoire	19
---	-----------

2.1 Irak : actif dans la crise	20
--------------------------------------	----

2.1.1 Les sages-femmes en Irak : faits et chiffres	21
--	----

2.1.2 Les sages-femmes irakiennes dans le système de santé : tâches et restrictions	23
---	----

2.1.3 L'association irakienne des sages-femmes : tigre sans dents	25
---	----

2.1.4 Formation et reconnaissance par l'État	26
--	----

2.1.5 Formation et responsabilité supplémentaires : planification familiale et éducation	27
--	----

2.1.6 Surcharge de travail et manque de soutien	28
---	----

2.1.7 Projet CARE : santé et reconstruction avec la participation des sages-femmes	30
--	----

2.2 Côte d'Ivoire : active dans le post-conflit	32
---	----

2.2.1 Le champ d'action des sages-femmes ivoiriennes : équilibre entre contraintes légales et responsabilité individuelle	33
---	----

2.2.2 Devenir sage-femme : trois ans pour obtenir un diplôme	38
--	----

2.2.3 Un cadre peu attractif : le travail dans les zones reculées	39
---	----

2.2.4 Les normes de genre et le travail des sages-femmes	41
--	----

2.2.5 Conditions difficiles : travailler sans infrastructure de base	44
--	----

2.2.6 Soins gratuits : attentes envers les sages-femmes	45
---	----

2.2.7 Projet CARE : transformation des rôles de genre par l'approche d'analyse et d'action sociales (AAS)	47
---	----

3

Résumé et exigences	49
----------------------------------	-----------

Bibliographie.....	53
---------------------------	-----------

Abréviations

APD	Aide publique au développement
ASFI	Association de Sages Femmes Ivoiriennes
ASPL	Agents de santé de première ligne Frontline Health Workers
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement
CFA-Franc	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
CSC	Community Score Card
DMU	Dispositif minimum d'urgence Minimum Initial Service Package (MISP)
DSSR	Droits et santé sexuels et reproductifs
ICM	International Confederation of Midwives Confédération internationale des sages-femmes
LGBTQI+	Lesbienne, Gay, Bisexuel, Trans, Queer et Intersexe, le + indique qu'il existe d'autres identités sexuelles ou de genre.
MFAE	Ministère fédéral des Affaires étrangères d'Allemagne
OCDE – CAD	Organisation de coopération et de développement économiques – Comité d'aide au développement
ODD	Objectifs de développement durable Objectifs de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementales
PRE	Pays à revenu élevé (classification de la Banque Mondiale)
PFR	Pays à faible revenu (classification de la Banque Mondiale)
PRFI	Pays à revenu faible ou intermédiaire (classification de la Banque Mondiale)
SAA	Social Analysis and Action Analyse et action sociales
SSRMNA	Santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents
UNFPA	United Nations Population Fund Fonds des Nations Unies pour la population

Résumé exécutif

Le mot allemand pour sage-femme « Hebamme » vient de l'ancien haut-allemand *hev(i)anna*, qui signifie « ancêtre/grand-mère qui soulève/tient le nouveau-né ». L'activité d'une sage-femme est considérée comme l'un des plus anciens métiers féminins du monde. Les peintures de temple représentant la naissance de triplés des enfants pharaons du dieu solaire égyptien Rê, datant du troisième millénaire avant Jésus-Christ, sont l'un des plus anciens témoignages de l'art des sages-femmes.

Les sages-femmes aident et soutiennent les femmes dans des situations absolument exceptionnelles et les accompagnent non seulement pendant, mais aussi avant et après l'accouchement. En cas de complications, elles font tout leur possible pour sauver la mère et l'enfant. Mais leurs tâches vont au-delà de l'accompagnement à la naissance : pour de nombreux jeunes dans le monde, les sages-femmes sont le seul point d'accès à l'information et aux moyens de contraception. Ils acquièrent ainsi le contrôle de leur propre sexualité et l'autodétermination de leur propre corps. Les sages-femmes contribuent ainsi de manière décisive à la réalisation des droits sexuels et reproductifs.

Il manque environ 900.000 sages-femmes dans le monde pour répondre aux besoins actuels. Parallèlement, les obstétriciens, en grande majorité des femmes, sont confrontés à divers défis individuels et structurels dans de nombreux contextes et ne peuvent donc guère développer leur plein potentiel en tant qu'actrices du changement.

Dans les contextes de crise, de conflit et d'après-conflit, les sages-femmes gagnent encore en importance. En raison des liens étroits qu'elles entretiennent avec leurs patientes, elles sont plus susceptibles que les autres professionnels de la santé de rester actifs même pendant une crise et de continuer à travailler alors que les services de santé publique sont depuis longtemps sous pression ou s'effondrent. Souvent seul personnel médi-



La sage-femme Diomande dans sa maternité en Côte d'Ivoire rurale.

cal, leur charge de travail augmente dans de telles situations, car : Dans les crises et les contextes fragiles, la violence liée au genre est plus fréquente. Les grossesses non planifiées et les maladies sexuellement transmissibles augmentent.

En prenant l'exemple des sages-femmes en Irak et en Côte d'Ivoire, deux pays exemplaires en termes de contextes de conflit et d'après-conflit, CARE a examiné dans quelle mesure les sages-femmes, en tant qu'actrices du changement, sont confrontées à des défis similaires malgré des contextes très différents. Pour ce faire, des entretiens ont été menés avec 24 experts, dont des sages-femmes, des représentantes d'une association de sages-femmes,

des représentants du secteur de la santé et des collaborateurs et collaboratrices des projets CARE. Les résultats obtenus ont été complétés par des études desk. La question qui s'est posée est de savoir dans quelle mesure il existe, dans les deux contextes et malgré toutes les différences, des structures et des besoins sur lesquels le travail de projet peut s'appuyer pour soutenir le changement de manière ciblée.

La présente étude suit l'approche de l'approfondissement exemplaire plutôt que celle de l'exhaustivité du contenu ; les connaissances anecdotiques tirées des deux contextes indiquent toutefois clairement que les résultats obtenus ont un potentiel d'extensibilité.

Des parallèles malgré toutes les différences ?

En Irak comme en Côte d'Ivoire, le sous-financement massif des systèmes de santé par les gouvernements nationaux et l'absence de priorité accordée par les bailleurs de fonds aux droits et à la santé sexuels et reproductifs (DSSR) influencent directement l'environnement de travail des sages-femmes: Les centres de santé en Côte d'Ivoire manquent de médicaments et de fournitures de base pour accompagner les accouchements, tout comme les maternités étudiées en Irak. Les sages-femmes, qui ont pour la plupart choisi leur métier avec la motivation profonde de sauver des vies, tentent de pallier ces dysfonctionnements du mieux qu'elles peuvent. Cela va si loin qu'ils financent même des médicaments ou le transport des patientes de leur propre poche. Mais ce sont également elles qui subissent la colère de la population lorsque des médicaments promis par l'État ou financés par des donateurs pour une courte durée ne sont pas (ou plus) disponibles.

Dans les deux systèmes, les compétences des sages-femmes sont limitées par la loi. Parallèlement, il n'est pas garanti qu'il y ait suffisamment de médecins disponibles pour soigner les patients. Les sages-femmes ont donc de plus grandes responsabilités et doivent assumer des tâches auxquelles leur formation ne les a pas préparées. Les sages-femmes ivoiriennes travaillent généralement comme seules sages-femmes dans des centres de santé isolés. Pourtant, le système de formation du pays ne leur permet pas de suivre des spécialisations, par exemple en médecine d'ur-

gence. Les sages-femmes irakiennes ne sont autorisées à pratiquer de manière autonome que quelques-unes des interventions identifiées par l'OMS pour les soins d'urgence. Dans les situations d'urgence qui surviennent régulièrement, elles évoluent donc dans un espace juridiquement incertain et personnellement défiant. Dans les deux contextes, les obstétriciennes n'ont pas d'autre choix : pour sauver la vie de la mère et de l'enfant, elles doivent aller au-delà de leurs compétences officielles.

L'analyse des contextes nationaux montre clairement l'importance de l'engagement personnel dans l'ensemble pour faire face au quotidien aux barrières systémiques : les lacunes du système sont comblées en mettant de côté ses propres besoins (vivre dans des endroits éloignés, être séparé de sa propre famille), en dépassant les compétences qui lui sont légalement attribuées (avec le risque d'être criminalisé) et en adoptant une conception de la profession qui inclut une composante psychosociale en plus de l'assistance physique aux femmes (assistance psychosociale avec un engagement personnel important).

Dans les deux contextes étudiés, les sages-femmes interviewées contribuent également à un accès inclusif et non sexiste à la santé sexuelle et reproductive.

Elles encouragent la remise en question des structures patriarcales et autres structures discriminatoires, notamment à travers l'éducation (par ex. sur la planification familiale).

Parallèlement, les sages-femmes sont elles-mêmes confrontées aux défis de ce système patriarcal : Les différences entre les sexes en termes de salaires, de pouvoir de décision et de carrière potentielle (postes de direction dans les centres de santé, les hôpitaux ou la politique de santé), combinées à une faible appréciation générale de leur travail dévoué et exigeant, sont une réalité tant en Côte d'Ivoire qu'en Irak.

Les entretiens menés en Côte d'Ivoire et en Irak montrent que la formation et le renforcement des sages-femmes en matière de planification familiale sont susceptibles de produire des résultats directs et un changement durable. L'acquisition de compétences en matière de planification familiale est donc essentielle pour exploiter le potentiel des

sages-femmes dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, et permet par exemple de réduire le nombre de grossesses précoces.

La présente étude a montré que pour atteindre l'ODD 3 (bonne santé et bien-être) et l'ODD 5 (égalité entre les sexes) dans les contextes nationaux étudiés,

- La formation, le perfectionnement et la formation continue des sages-femmes ainsi que l'équipement des centres de santé, des salles d'accouchement et des maternités doivent être davantage financés et encouragés.
- Le rôle des sages-femmes doit être davantage pris en compte, en particulier dans les contextes de crise. Pour ce faire, il est essentiel que les sages-femmes soient impliquées dans tous les processus décisionnels relatifs à la santé sexuelle et reproductive (SSR) et qu'elles soient représentées à des postes de direction.
- Les bailleurs de fonds et les gouvernements nationaux doivent reconnaître le secteur des droits et santé sexuels et reproductifs

(DSSR) dans son ensemble, et le rôle des sages-femmes en particulier, comme un élément essentiel des soins de santé, en particulier dans le cadre de la réaction et de la prévention des crises. Cela devrait se traduire par un investissement accru dans la profession.

La présente étude montre comment les sages-femmes compensent chaque jour, par leur engagement personnel, des systèmes aux ressources limitées et parfois dysfonctionnels. Dans des conditions de travail généralement mal payées et sans sécurité juridique et physique suffisante au travail, elles paient le prix du manque d'assistance publique et d'investissements de l'État. Mais la responsabilité d'un meilleur accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs ne doit et ne peut pas reposer uniquement sur les sages-femmes : Leur soutien et leur promotion doivent aller de pair avec un renforcement ciblé des systèmes de santé et une dotation durable et fiable en équipements et en médicaments.

Pour y parvenir, les histoires des sages-femmes comme Diyana et Diomande, interviewées pour cette étude, doivent être entendues et prises au sérieux.

La sage-femme Diyana prodiguant des soins postnataux à un nouveau-né à l'hôpital de Sinjar.



1

Sage-femme : un métier de rêve ?

Diomande accompagne régulièrement des accouchements. Elle le fait généralement dans son centre de santé, mais si cela s'avère nécessaire en raison de complications pendant l'accouchement, elle se déplace aussi à l'arrière d'un tricycle (moto à trois roues) sur le chemin de l'hôpital le plus proche.

Diyana travaille sur la base d'équipes hebdomadaires. Une semaine sur place, une semaine à la maison. Quand elle est de garde, elle est généralement à l'hôpital. Elle ne quitte la salle d'accouchement que pour manger et dormir un peu dans le dortoir des infirmières et sages-femmes voisin. Un médecin qui apporte son soutien en cas de complications n'est disponible que le dimanche et le lundi.

Les deux femmes sont sages-femmes. Diomande travaille dans un centre de santé en milieu rural en Côte d'Ivoire, en Afrique de l'Ouest, où il n'y a pas d'ambulance et où l'heure de trajet jusqu'à l'hôpital le plus proche se fait en grande partie sur des routes non goudronnées. En cas de complications lors de l'accouchement, les femmes, accompagnées de la sage-femme, doivent être transportées à l'hôpital à moto.

Diyana travaille dans l'unique hôpital du Sinjar, une région du nord de l'Irak fortement

touchée par les conflits. Les équipes de travail hebdomadaires sont nécessaires, car la situation sécuritaire ne permet pas à Diyana d'y vivre également. Le Sinjar est connu pour le génocide des Yézidis – les villes et les villages détruits, les terrains minés et les sources d'eau empoisonnées sont encore une réalité aujourd'hui.

Diomande et Diyana sont exemplaires pour de nombreuses sages-femmes dans le monde : elles sont souvent les seules à assumer la responsabilité principale de la réduction de la mortalité maternelle et de l'accès aux droits et à la santé sexuels et reproductifs (DSSR).

Les sages-femmes qualifiées sont indispensables dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle, un volet de l'objectif 3 de l'Agenda 2030 pour le développement durable : en tant qu'agents de santé de première ligne (ASPL), elles travaillent directement avec la population. Elles sont généralement les seules spécialistes de la santé sexuelle et reproductive ainsi que de la santé maternelle, néonatale et des adolescents (SSRMNA) dans un rayon de plusieurs kilomètres. Leur travail d'information en matière de planification familiale et d'autodétermination physique contribue de manière significative aux progrès vers l'égalité

des sexes et l'élimination des normes sexuelles néfastes.

Malgré tout le mérite, cette fonction est souvent ingrate : les sages-femmes travaillent dans des systèmes patriarcaux et en tant que personnel de santé primaire dans un secteur généralement très sous-financé. Elles ne bénéficient d'aucun soutien à la hauteur des responsabilités et de la charge de travail qu'elles assument. Leur profession est généralement peu valorisée par le système de santé publique ou la société, elles ont peu de possibilités de formation et de perfectionnement, elles souffrent d'un manque de sécurité juridique et ne sont pas suffisamment rémunérées.

Cela peut également expliquer pourquoi il existe une pénurie massive de personnel dans ce domaine : en 2021, il manquait environ 900.000 sages-femmes dans le monde, ce qui aurait été nécessaire pour couvrir les besoins existants dans le domaine de la SSRMNA.¹

Dans les contextes de crise, de conflit et d'après-conflit, cette situation déjà précaire empire encore : les femmes enceintes doivent être suivies médicalement même dans les situations de crise aiguë. La violence sexualisée et sexiste, les grossesses non planifiées et les maladies sexuellement transmissibles se multiplient. Parallèlement, les services de santé et d'approvisionnement disparaissent. La mortalité maternelle dans les crises humanitaires et les contextes de fragilité est presque deux fois plus élevée que la moyenne mondiale,² et plus de la moitié des femmes qui meurent pendant ou à la suite d'un accouchement sont à déplorer dans les contextes humanitaires.³

Parallèlement, les droits à la santé sexuelle et reproductive, à l'autodétermination et à l'identité sexuelle sont souvent les premiers à être restreints dans les crises. Dans des systèmes déjà sous-financés avant le conflit, les soins de santé dits généraux sont considérés comme prioritaires ; les ressources pour les services spécifiques, dont la SSR fait alors



Table d'examen au centre de santé de Fari M'babo en Côte d'Ivoire.

généralement partie, se raréfient. Par ailleurs, les crises prolongées affectent également les systèmes de santé qui fonctionnaient bien auparavant et qui s'effondrent partiellement ou totalement au fur et à mesure que la situation perdure.

Cependant, les sages-femmes sont souvent celles qui restent, même en situation de crise. En tant que membres de leur société et engagées pour la vie et l'autodétermination, elles risquent souvent leur sécurité personnelle dans de mauvaises conditions de travail.

1 UNFPA, OMS et ICM (2021a) : *L'Etat de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*.

2 OMS (2023a): *Mortalité Maternelle*.

3 OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale et United Nations Populations Division (2019): *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*.

L'évolution vers le droit humain à la planification familiale

Il y a plus de 50 ans déjà, la communauté internationale s'est engagée à développer et à protéger continuellement les DSSR pour tous. L'engagement en faveur du droit à la planification familiale et la reconnaissance de la planification familiale comme partie intégrante des soins de santé primaires ont suivi dans les années 1960 et 1970. En 1994, le Programme d'action du Caire a finalement reconnu la santé sexuelle et reproductive et l'autodétermination comme des droits de l'homme.

Les DSSR est aujourd'hui reconnue en tant que droit humain dans tous les documents d'orientation : la Convention sur les droits des femmes CEDAW (1979), la plateforme d'action de Pékin (1995), la Convention d'Istanbul (2011), les objectifs de développement durable (2015) ou encore le plan d'action de l'Union Européenne pour l'égalité des sexes III (2020), pour n'en citer que quelques-uns.

La définition actuelle la plus complète des DSSR, sur laquelle se fondent à la fois les nouvelles approches du gouvernement fédéral allemand en matière de politique de développement et de politique étrangère féministes et dont CARE s'inspire également, est celle de la commission Guttmacher-Lancet : « La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, affectif, mental et social, concer-

nant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Ainsi, une approche positive de la sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles sources de plaisir, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Chaque personne a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d'accéder à des services qui appuient ce droit. »⁴

Le droit à la planification familiale ne fait pas l'unanimité : de nombreux domaines du cadre des droits humains autour des DSSR sont remis en question par des forces conservatrices et des mouvements anti-genre/anti-droits. La définition DSSR de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994) au Caire, qui est la 'norme convenue' des Nations unies (appelée 'agreed language'), fait l'objet d'attaques permanentes.⁵ L'éducation sexuelle complète, les interruptions de grossesse sécurisées et légales, les conseils et services en matière de santé sexuelle, les droits reproductifs des personnes LGBTQI+ et le droit à une sexualité autodéterminée et satisfaisante, quelle que soit l'orientation sexuelle, sont la cible de campagnes conservatrices persistantes.

4 Commission Guttmacher-Lancet sur la santé et les droits reproductifs et sexuels (2021) : [Accélérer le progrès : santé et droits sexuels et reproductifs pour tous – Résumé](#), p. 4.

5 Le programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a demandé que tous les individus aient accès à des soins de santé reproductive complets, y compris la planification familiale volontaire, des soins de grossesse et d'accouchement sûrs, ainsi que la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles. Il reconnaissait également que la santé reproductive et l'autonomisation des femmes étaient étroitement liées et que les deux étaient nécessaires au progrès de la société. UNFPA: [Explainer: What is the ICPD and why does it matter?](#).



Diyana et ses collègues avec un nouveau-né.

1.1 Les sages-femmes : bien plus que de simples obstétriciennes

Au niveau mondial, il aurait fallu environ 6,5 milliards d'heures de travail en 2019 pour répondre à l'ensemble des besoins en santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents (SSRMNA) de base. D'ici 2030, ce chiffre est estimé à 6,8 milliards d'heures. Les interventions dans le domaine de la santé maternelle et néonatale (soins prénataux, obstétricaux et postnataux) ne représentent qu'un peu plus de la moitié (55 pour cent) des besoins. 37 pour cent correspondent à d'autres interventions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, telles que le conseil, le planning familial, les soins complets en cas d'interruption de grossesse, ainsi que le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles. Huit pour cent sont des interventions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents. La composition et la répartition actuelles du

personnel de santé dans le domaine de la SSR-MNA ne permettent de couvrir que 75 pour cent au maximum des besoins mondiaux. Dans les pays à faible revenu, ce chiffre tombe à 41 pour cent seulement.⁶

Dans le même temps, des sages-femmes entièrement formées, agréées et intégrées, soutenues par des équipes interdisciplinaires et un environnement propice, pourraient réaliser environ 90 pour cent des interventions essentielles dans le domaine de la SSRMNA, bien qu'elles représentent moins de dix pour cent du personnel mondial dans ce domaine.⁷ Leur potentiel est donc largement sous-exploité.

Les sages-femmes fournissent déjà, selon la législation nationale, de nombreuses interventions cliniques importantes de la SSRMNA. Les sages-femmes ne sont pas seulement des actrices clés pour les mères : elles sont également essentielles pour améliorer les soins aux nouveau-nés, promouvoir l'allaitement maternel et soutenir la mère et la famille dans les soins aux nourrissons.

6 UNFPA, OMS et ICM, 2021a.

7 UNFPA, OMS et ICM, 2021a.

En outre, grâce à leur contact direct avec le cœur des familles, elles peuvent jouer un rôle central dans l'accès universel aux soins de santé, la lutte contre la violence à l'égard des femmes et l'application des droits sexuels et reproductifs. Au sein de la population, elles sont également un point de contact naturel pour l'éducation et la contraception, les soins complets en cas d'avortement, ainsi que le dépistage et le traitement des infections et des maladies sexuellement transmissibles, grâce à leurs tâches d'assistance à l'accouchement.

Dans des sociétés où les femmes et les jeunes sont quelquefois délibérément privés de la connaissance de leur propre corps, le domaine de l'éducation ne doit pas non plus être sous-estimé. D'une part, les sages-femmes sont la clé des connaissances qui concernent toutes les femmes, comme les règles ou les méthodes de planification familiale. D'autre part, elles sont souvent la seule possibilité d'accès aux connaissances et aux services de santé pour les femmes marginalisées, par exemple celles qui sont infectées par le VIH ou handicapées, et contribuent ainsi à la réalisation de leurs droits.

De plus, les sages-femmes font souvent un travail d'éducation important et déterminant pour prévenir les pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines ou d'autres formes de violence fondée sur le sexe.

1.2 Les sages-femmes, partie intégrante des soins en situation de crise

Dans la réalité, les sages-femmes ne peuvent souvent fournir qu'une fraction des soins décrits ci-dessus en raison d'un manque de formation, d'équipement et d'autorisation. Dans les contextes humanitaires et de développement, les ressources insuffisantes limitent encore davantage leur travail. Pourtant, les sages-femmes sont des spécialistes qui, avec une bonne formation et un cadre juridique approprié, peuvent fournir la plupart

des services de SSRMNA qui deviennent prioritaires en situation de crise.

Une autre raison de considérer les sages-femmes comme des actrices clés des soins est qu'elles sont plus susceptibles que les autres professionnels de la santé de rester en service pendant une crise. Cela s'explique d'une part par les liens étroits qu'elles entretiennent avec les communautés au sein desquelles elles travaillent. D'autre part, en raison de leur statut social et de leur rémunération souvent inférieure à ceux des autres personnels de santé, elles n'ont souvent pas la possibilité financière de fuir la zone de crise. Elles jouent donc également un rôle important dans le soutien et la prise en charge des femmes et des filles réfugiées et déplacées à l'intérieur de leur propre pays, car elles sont souvent elles-mêmes membres de ce groupe.

La Confédération internationale des sages-femmes (International Confederation of Midwives, ICM) a publié en 2014 une déclaration sur le rôle des sages-femmes dans la réduction des risques de catastrophe. Elles y affirment qu'il est essentiel d'inclure les sages-femmes dans la préparation nationale aux situations d'urgence afin de garantir l'intégration des activités des sages-femmes dans l'aide en cas de catastrophe. Mais en conséquence, il est également important que les programmes d'enseignement général et professionnel des sages-femmes couvrent la fourniture de soins de SSRMNA efficaces en situation de crise.⁸

1.3 Une double discrimination : être une femme et exercer une 'profession féminine'

La répartition des sexes dans les professions de santé est déterminée par les normes de genre existantes. Celles-ci définissent plutôt les soins comme un travail de femme, tandis que les spécialités 'techniques' comme la médecine sont plutôt considérées comme des

⁸ ICM (2014): [Role of the Midwife in Disaster/Emergency Preparedness](#).

domaines masculins. Selon ce récit, la majorité des médecins, dentistes et pharmaciens du monde entier sont des hommes, tandis que presque toutes les sages-femmes (93 pour cent) et la majorité du personnel infirmier sont des femmes. En Irak, 100 pour cent des sages-femmes sont des femmes et en Côte d'Ivoire, 97 pour cent.⁹

Les groupes professionnels dans le domaine de la santé, composés principalement de femmes, sont considérés comme ayant moins de considération sociale, moins de pouvoir de décision et moins de rémunération que les groupes professionnels composés principalement d'hommes.¹⁰ Rasha, qui travaille comme sage-femme en Irak, rapporte que sa profession est souvent considérée comme « superflue » par son entourage, car elle est payée pour faire ce que « toutes les femmes savent ». Cette opinion ne change souvent qu'après avoir vécu directement ou indirectement le premier accouchement et le rôle que la sage-femme y joue.

Cela illustre à petite échelle ce que le rapport *The State of the Worlds Midwifery* de l'UNFPA (2021) constate également à un autre niveau : les sages-femmes n'occupent des postes de direction au sein du ministère national de la Santé que dans la moitié des pays couverts par le rapport.¹¹ Les possibilités globalement limitées pour les sages-femmes d'occuper des postes de direction dans les centres de santé, les hôpitaux ou la politique de santé d'un pays provoquent l'absence d'une voix importante autour de la table lorsque des décisions stratégiques sont prises en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. En outre, cela renforce les stéréotypes de genre et empêche les sages-femmes, en tant que groupe professionnel, d'exploiter pleinement leur potentiel et d'agir en tant qu'agents de changement, en tant qu'actrices du changement.

En conséquence, l'importance et la complexité de la profession de sage-femme ainsi que son rôle dans la planification familiale sont souvent sous-estimés. Le manque d'investissement dans la formation, le manque d'équipement de leur lieu de travail et de leur sécurité au travail,

la charge de travail élevée et l'écart salarial considérable entre les sexes sont d'autres conséquences pratiques de cette réalité.

1.4 Niveau de financement et manque de priorité : santé et droits sexuels et reproductifs

La valorisation souvent faible de la profession de sage-femme au sein des professions médicales peut être constatée par le niveau de



Diomande devant sa maternité, qui a été équipée avec l'appui de CARE.

⁹ UNFPA, OMS et ICM, 2021a; OMS (2022a): [The gender pay gap in the health and care sector a global analysis in the time of COVID-19](#).

¹⁰ OMS, 2022a.

¹¹ UNFPA, OMS et ICM, 2021a.

financement des DSSR dans son ensemble. Ce secteur est l'un des plus sous-financés au monde par les gouvernements et les donateurs.

Selon la commission Gutmacher-Lancet, avec seulement 13 dollars US par habitant et par an, les pays à faible revenu (PFR) pourraient couvrir l'ensemble des besoins de la population en matière de contraception ainsi que les frais de soins des mères et des nouveau-nés. Cela inclut une partie du travail des sages-femmes. Or, en réalité, seul 1,1 dollar américain par habitant sont dépensés en moyenne dans ce domaine.¹²

En 2020, les PFR n'ont consacré en moyenne que 6,22 pour cent de leurs dépenses totales à la santé. Au cours des dix dernières années, ce pourcentage moyen est resté stable au lieu d'augmenter comme il le faudrait.¹³ Ce n'est qu'avec la pandémie COVID-19 que les dépenses de santé ont augmenté dans tous les pays en 2020.¹⁴ Toutefois, on peut supposer que, dans la plupart des cas, cela n'a pas entraîné d'augmentation des dépenses en matière de DSSR et de planification familiale.

Les pays à revenu moyen plus élevé dépensent en général plus pour la santé : 8,28 pour cent pour les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) et 13,58 pour cent pour les pays à revenu élevé (PRE).¹⁵ Selon les calculs, les pays à faible revenu devraient augmenter leurs dépenses de santé de 37 pour cent pour atteindre une couverture sanitaire universelle. Au lieu de cela, 55 pour cent des dépenses de santé des PRFI sont des « out of pocket expenditures », c'est-à-dire des dépenses que les individus paient de leur poche pour leurs soins de santé.

En conséquence, les groupes de population les plus pauvres n'ont souvent pas les moyens d'accéder aux soins de santé et au planning familial par le biais de contraceptifs. Les donateurs internationaux ne parviennent pas non plus à compenser le sous-financement du secteur de la santé dans les pays à faible revenu : pour atteindre la couverture sanitaire universelle, les fonds publics alloués aux développement (APD) en matière de santé devraient être 90 pour cent plus élevés qu'ils ne le sont actuellement pour les PRFI.¹⁶

En 2021, l'APD allouée à la DSSR dans le monde s'élevait à un peu plus de 12 milliards de dollars. Bien qu'il s'agisse d'un record en termes de chiffre absolu, les donateurs ont investi une part réduite dans les DSSR que l'année précédente : alors qu'ils avaient alloué 6,48 pour cent de leur APD totale aux DSSR en 2020, ils n'en ont consacré que 6,21 pour cent en 2021.¹⁷

Seuls sept pays du CAD de l'OCDE¹⁸ consacrent plus de 5 pour cent de leur APD aux DSSR : Canada, Pays-Bas, Suède, Islande, Norvège et Luxembourg. Le gouvernement des États-Unis reste le plus grand donateur des DSSR au monde, tant en termes absolus qu'en pourcentage, ce qui pose des défis au secteur : chaque changement de gouvernement et les changements d'orientation qui en découlent potentiellement ont une énorme influence sur le financement de l'ensemble du secteur.¹⁹

La performance des donateurs allemands dans le domaine des DSSR

En 2021, l'Allemagne était certes le deuxième plus grand donateur du CAD de l'OCDE en termes absolus pour le domaine de la santé mondiale. Cependant, en termes de priorité

12 Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les coûts ne s'élèveraient qu'à 7,8 dollars américains par habitant. Mais même dans ces pays, seuls 5,2 dollars américains par habitant ont été dépensés en 2016. Les coûts de prévention et de traitement du VIH n'ont pas été pris en compte dans ce calcul. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2020): [Funding for sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: threats, outlook and opportunities](#).

13 OMS (2021): [Global expenditure on Health: Public spending on the rise?](#)

14 OMS (2022b): [Global expenditure on health. Rising to the pandemic's challenges](#).

15 OMS (2023b): [Domestic general government health expenditure \(GGHE-D\) as percentage of general government expenditure \(GGE\) \(%\). Data by country](#).

16 Strupat, C.; Balasubramanian, P.; Srigiri, S. et Hornidge, A.-K. (2023): [Health Financing in Times of Multiple Crises: Analysis and Recommendation](#).

17 DSSR fait ici référence à la catégorisation du Donor Delivery Report, dans lequel les financements DSSR sont ceux avec lesquels les donateurs soutiennent l'ensemble de l'agenda DSSR. DSW (2023) : [Donors Delivering for SRHR, Report 2023](#).

18 Pays membres du Comité d'experts de la coopération au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

19 DSW, 2023.



Équipement médical à l'hôpital de Sinjar, Irak.

relative, l'Allemagne n'arrive qu'en 16e position.²⁰ Et même après une augmentation entre 2019 et 2021, le gouvernement allemand n'a consacré que 2,62 pour cent de son APD aux activités des DSSR. Une part importante des fonds allemands est constituée de contributions de base à des organisations multilatérales.²¹

Théoriquement, le travail des sages-femmes peut être financé par des fonds d'APD dans les domaines des services de santé reproductive, des infrastructures de santé, de la planification familiale et du développement du personnel de santé. L'exception de la contribution à la santé reproductive, les fonds allemands alloués à tous ces domaines ont diminué en 2021.²² Néanmoins, en 2021, l'Allemagne est également le deuxième donateur mondial en termes absolus dans le domaine des DSSR. Toutefois, elle n'occupe que la moyenne des pays de l'OCDE en ce qui concerne la priorisation de ses ressources, le plaidoyer en faveur de ce

domaine et l'engagement à combler d'urgence le déficit de financement.

Il reste à voir si l'engagement en faveur d'une politique étrangère et de développement féministe changera quelque chose à cette situation : les deux ministères, le ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement (BMZ) et le ministère fédéral des Affaires étrangères (MFAE), ont identifié les droits et la santé sexuels et reproductifs comme un thème prioritaire dans la politique étrangère et de développement féministe. Dans leurs documents de base, ils s'engagent à défendre et faire valoir la santé et les droits sexuels et reproductifs, tant dans les projets financés par l'Allemagne que dans les négociations internationales. Cependant, aucun engagement financier concret ou indicateur d'objectif n'a été défini à ce jour.

Dans les lignes directrices féministes, le MFAE constate que l'engagement dans le domaine DSSR doit être renforcé : « Nous orienterons

20 Donor Tracker (2023): [Germany / Global Health](#).

21 DSW, 2023.

22 Donor Tracker, 2023.

d'avantage notre travail de projet sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. »²³

Le ministère reconnaît en outre qu'une approche globale, telle qu'elle est également exigée dans le triple nexus « aide humanitaire – coopération au développement – promotion de la paix », est essentielle. Il souhaite en outre contribuer, par ses financements, à faciliter la transition de l'aide humanitaire vers les soins de santé réguliers pour tous et à éviter les lacunes en matière de soins qui apparaissent souvent à ces interfaces.²⁴

Compte tenu de l'augmentation du nombre, de l'ampleur et de la durée des crises, le BMZ et le MFAE souhaitent travailler en « cohérence de contenu »²⁵ à la réorientation féministe sur les DSSR et s'engagent ici à une « étroite collaboration »²⁶.

1.5 CARE logique d'impact : les sages-femmes, actrices du changement

En vue d'un changement durable, CARE intervient toujours à trois niveaux : au niveau individuel, au niveau des relations dans la société et au niveau des structures du système.²⁷ Dans le cadre du travail vers un droit universel à la santé²⁸, cela signifie entre autres, dans le travail de projet, un renforcement individuel du personnel de santé concerné (niveau individuel). Cela implique également le renforcement institutionnel des systèmes de santé locaux et leur indépendance (systèmes). La transformation durable et le dépassement final des normes et pratiques discriminatoires qui limitent l'accès de tous aux services de santé sont tout aussi essentiels dans le travail dans le secteur de la santé (société).

CARE favorise ainsi la mise en place de systèmes de santé résilients, équitables et responsables, en mesure de réagir aux chocs et aux crises et de garantir un accès durable à des services de santé de qualité pour tous. En raison de sa compréhension intersectionnelle de la discrimination, une attention particulière est accordée aux femmes, aux filles et aux groupes les plus marginalisés dans les crises et les contextes de fragilité. Pour parvenir à un changement durable, CARE cible les causes structurelles de l'inégalité des sexes. En effet, les normes restrictives en matière de genre et les inégalités liées au genre sont reproduites et renforcées dans les systèmes de santé et contribuent aux inégalités liées au genre.²⁹

Compte tenu de leur importance pour la société et le système de santé, une attention particulière est accordée aux agents de santé de première ligne (ASPL), c'est-à-dire à tous ceux qui, à la base, assurent le lien entre les soins de santé institutionnels et la population. En particulier dans les régions isolées et rurales, elles garantissent à des millions de personnes le premier – et souvent le seul – accès à des services de santé fondamentaux.

La plupart des ASPL sont des femmes. Elles sont elles-mêmes membres des communautés dans lesquelles elles travaillent. Cela les aide non seulement à surmonter les barrières socioculturelles grâce à une compréhension intuitive de leurs propres communautés, mais aussi à atteindre les personnes vulnérables et sous-représentées. Outre la fourniture de services médicaux, elles sont également responsables de l'éducation à la santé, de la coordination des soins entre les différentes composantes du système de santé, de la fourniture de ressources et de produits de santé et de l'amélioration de l'auto-efficacité des patients.

Les sages-femmes sont un groupe professionnel clé au sein des ASPL. Le travail avec les sages-femmes est essentiel pour la promotion

23 Ministère fédéral des Affaires étrangères (2023) : *Shaping Feminist Foreign Policy. Federal Foreign Office Guidelines*, p. 41.

24 Ministère fédéral des Affaires étrangères (2020) : *Strategie des Auswärtigen Amtes zur humanitären Hilfe im Bereich Gesundheit (2020-2025)*.

25 BMZ (2023) : *Politique de développement féministe. Pour des sociétés justes et fortes dans le monde entier*, p. 21.

26 Ministère fédéral des Affaires étrangères, 2023, p. 40.

27 CARE (2023a) : *Gender Equality Framework. CARE's Theory of Change for Achieving Gender Equality*.

28 CARE (2021) : *Health Impact Area Strategy – Vision 2030*.

29 CARE, 2021.



Renforcer le potentiel et la capacité d'action des femmes, des filles et d'autres groupes touchés par l'injustice



Modifier les relations de pouvoir pour permettre la prise de parole collective et le bien commun



Transformer les systèmes et les structures de santé pour permettre un accès universel à la santé

CARE Stratégie agents de santé de premier ligne (ASPL): logique d'impact

Approches clés:

Améliorer l'action et le bien-être des agents de santé de première ligne



Transformer les normes communautaires, la confiance et les comportements en matière de santé



Renforcer les systèmes de soins de santé primaires



Activités:

- Former
- Équiper
- Gérer
- Encourager les objectifs de performance, la prise de décision inclusive, les opportunités de leadership



- Dialogue et réflexion communautaires
- Rapid Gender Analyses
- Mécanismes participatifs de responsabilité sociale
- Collecte de données



- Amélioration et mise en relation des services
- Localisation de l'administration
- Mise à disposition de ressources



Résultats:

Les agents de santé de première ligne sont formés, équipés et encouragés à combler les lacunes en matière d'accès à l'information sur la santé et de prestation de services équitables.

Les communautés s'engagent activement dans la facilitation des réseaux de prestation de services de soins de santé primaires et dans l'évolution des normes vers des comportements sains.

Les systèmes de soins de santé primaires intègrent les Agents de santé de première ligne en tant que prestataires de soins et répondent aux besoins des populations vulnérables.

Impact:

Le potentiel des agents de santé de première ligne en tant qu'agents de changement dans leurs communautés est maximisé.

de la santé sexuelle et reproductive, la mise en œuvre des droits connexes pour les femmes et les filles et les groupes marginalisés, ainsi que pour la santé maternelle et néonatale. C'est pourquoi les programmes de CARE soutiennent les sages-femmes de manière ciblée en tant qu'actrices du changement compétentes, bien équipées et renforcées. Le travail en vue d'accroître le droit à la parole et l'indépendance des sages-femmes renforce non seulement leur rôle dans le système de santé, mais aussi leur position en tant que femmes, contribuant ainsi à la transformation des systèmes sociaux patriarcaux.

Environ un quart des 129 millions de personnes dans le monde qui ont besoin d'une aide humanitaire sont des femmes et des adolescentes en âge de procréer. CARE considère que le renforcement de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans les situations d'urgence est essentiel pour apporter une aide adaptée aux besoins en cas de crise.

En tant qu'organisation dotée d'un double mandat d'aide humanitaire et de coopération au développement, CARE est bien placée à la fois pour répondre avec souplesse aux situations d'urgence et pour renforcer la résilience des systèmes de santé publique. Il est essentiel pour la prise en charge des femmes et des filles de planifier des services de SSR complets dès le début d'une crise, y compris au-delà des interventions vitales décrites dans le Dispositif minimum d'urgence (Minimum Initial Service Package)³⁰. Cela permet une transition en douceur vers le travail de renforcement des systèmes de santé.³¹ Le travail avec les sages-femmes, leur formation continue et le renforcement de leur situation au sein du système de santé doivent donc être prévus dès les programmes humanitaires et, dans l'esprit du nexus, être transférés dans des programmes de résilience dans des contextes fragiles, comme l'illustrent les exemples nationaux de l'Irak et de la Côte d'Ivoire dans le présent rapport.



30 Le Dispositif minimum d'urgence (Minimum Initial Service Package) (ensemble de services initiaux minimums pour la santé sexuelle et reproductive) comprend une liste de priorités d'interventions vitales en matière de SSR, qui doivent notamment être mises en œuvre au début de chaque urgence humanitaire (idéalement dans les premières 48 heures). The Sphere Project (2018): [Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response](#).

31 Celui-ci s'oriente vers le [Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings](#) du Groupe de travail inter-agences de 2018.

2

Les sages-femmes au service d'une vie auto-déterminée – exemples d'Irak et de Côte d'Ivoire

Les sages-femmes du monde entier sont confrontées à une multitude de barrières individuelles et systémiques. Les normes de genre nuisibles limitent et mettent à l'épreuve tant les patientes que les sages-femmes. Les conflits et les crises rendent leur travail difficile dans de nombreuses régions et menacent leur sécurité.

La question se pose donc de savoir comment assurer un soutien durable et concret aux sages-femmes : de quoi les sages-femmes ont-elles besoin dans des contextes où elles ne sont pas suffisamment formées, où elles travaillent à des postes sous-équipés et où elles s'investissent énormément dans leur travail ?

Pour répondre à ces questions, CARE a étudié deux pays, l'Irak et la Côte d'Ivoire, qui sont des exemples de contextes de conflit et d'après-conflit. Des études desk relatives à la situation des sages-femmes et des entretiens avec des sages-femmes et d'autres experts sur place ont permis d'identifier les défis auxquels les sages-femmes sont confrontées dans ces contextes, leurs besoins et leurs exigences, ainsi que les conditions cadres pratiques pour le travail de projet sur place.³²

Les présents résultats donnent un aperçu des réalités vécues par les sages-femmes et fournissent des points de départ importants sur la manière d'obtenir un impact dans un domaine complexe.

32 En Irak, quatre sages-femmes et le personnel de projet de CARE Irak ont été interviewés. En Côte d'Ivoire, des entretiens ont été menés avec sept sages-femmes, des représentantes de l'association nationale des sages-femmes, des membres du personnel de projet CARE et des personnes de la communauté actives dans le domaine de la santé et des dialogues communautaires. Diyana, d'Irak, et Diomande, de Côte d'Ivoire, jouent un rôle plus visible, car elles ont également fait l'objet d'un portrait dans l'exposition de photos organisée par CARE et intitulée « Au service de la vie – les sages-femmes dans le monde ».

2.1 Irak : actif dans la crise

En 2014, Diyana,³³ une Yézidie, doit fuir avec sa famille et des milliers d'autres personnes de Sinjar, au nord de l'Irak, pour se réfugier dans les montagnes. Là, elle est témoin d'un accouchement dramatique au cours duquel l'enfant décède et la mère survit de justesse : l'enfant aurait peut-être pu être sauvé, mais personne ne savait quoi faire. Pour Diyana, c'est à ce moment-là qu'elle décide de devenir sage-femme.

Aujourd'hui, le Sinjar n'est plus activement combattu, mais la région est toujours très peu sûre. En 2023, en raison de la situation sécuritaire, Diyana ne peut toujours pas vivre sur place, où elle travaille depuis cinq ans dans le seul hôpital local. C'est pourquoi la jeune femme de 26 ans vit dans le camp de Mamrashan, au nord-est de Mossoul, d'où elle met trois bonnes heures pour se rendre à l'hôpital de Sinjar. Ses gardes durent donc une semaine entière. Au cours des cinq dernières années, elle a d'abord travaillé dans le service général d'obstétrique, puis depuis deux ans dans la salle d'accouchement. L'hôpital de Sinjar a un besoin urgent d'équipement médical et de médecins. « Si vous voulez donner naissance à un enfant, vous devriez le faire le dimanche ou le lundi, il y a alors aussi un médecin en cas d'urgence », explique Diyana.

Diyana est à la fois sage-femme et éducatrice. Elle anime des formations sur le plan-



La sage-femme Diyana.

ning familial et explique les méthodes de contraception. Elle veut autonomiser les femmes. Malgré des circonstances défavorables, elle fait tout son possible pour donner aux femmes de Sinjar un sentiment de sécurité au moment de l'accouchement, lorsqu'elles sont le plus vulnérables.

*cliquez ici pour
obtenir plus
d'informations sur
Diyana et son
travail.*



L'Irak ne connaît pas de répit depuis des décennies : en raison de crises successives, le pays a une histoire complexe et persistante de conflits, de déplacements internes et de violences depuis des décennies. Cela a laissé des traces tant sur les personnes que sur les systèmes. De nombreux établissements de santé sont encore détruits et une grande partie de la population irakienne souffre de traumatismes psychologiques non traités.

Plus de cinq ans après la fin officielle des combats, les progrès en matière de reconstruction restent limités et les besoins humanitaires persistent. Le pays reste confronté à de multiples crises sécuritaires et socio-économiques, aggravées par la chute des prix mondiaux du pétrole en 2020 et la pandémie COVID-19, qui a touché tous les secteurs, ainsi que par les effets de la crise climatique. Les groupes armés continuent d'agir contre la population civile et les infrastructures civiles.

³³ En Irak, Diyana (26) et Khawla (28), sages-femmes au Sindjar, et Rasha (27) et Yasmin (29), sages-femmes à l'hôpital de Shekhan, ont été interviewées pour la présente étude. Toutes les femmes ne sont pas mariées et n'ont pas d'enfants. Trois d'entre elles ont peur de donner naissance à leur premier enfant.

Bien que, selon le Plan de réponse humanitaire (PRH) 2022, qui n'était couvert qu'à 67 pour cent, un million de personnes était encore en situation de détresse aiguë en Irak, la fin officielle de la coordination humanitaire a été déclarée pour 2023. Pour la première fois, aucun plan de réponse aux besoins humanitaires n'a été établi en 2023.

Cependant, les conséquences des années de conflit armé sont encore clairement perceptibles aujourd'hui : plus d'un million de personnes continuent de vivre en tant que personnes déplacées à l'intérieur du pays, principalement dans le nord du pays.³⁴ Beaucoup d'entre elles sont des Yézidis qui ont fui les combats dans la région de Sinjar. Après les événements violents que le parlement allemand a reconnu comme génocide en janvier 2023, la plupart des survivants ont cherché refuge dans les territoires de la région autonome du Kurdistan en Irak.



Les conditions de vie sont difficiles, tant pour les personnes qui sont déjà retournées dans leurs communautés d'origine que pour celles qui continuent à vivre en tant que déplacés internes. Dans de nombreuses régions, l'infrastructure est détruite et la reconstruction est lente. Dans les régions comme le Sinjar, où les affrontements armés se poursuivent, l'aide humanitaire et la reconstruction sont égale-

ment en péril. Les centres de santé récemment équipés sont régulièrement occupés, pillés et le matériel médical volé. La situation sécuritaire est volatile et les gens n'ont pas les moyens de subvenir à leurs besoins. En 2022, un demi-million de rapatriés dépendait encore de l'aide humanitaire.

Dans de grandes parties de l'Irak, le système de santé fonctionne à nouveau suffisamment bien. Dans le nord-ouest de Ninive également, d'énormes progrès ont été réalisés ces dernières années en matière de mortalité infantile et des adolescents. Dans certains districts comme Sinjar, les soins restent toutefois problématiques.³⁵ L'Irak dépense relativement peu pour la santé, avec environ six pour cent de ses dépenses totales.³⁶

Lors de crises humanitaires comme celle-ci, les femmes souffrent particulièrement du manque de services de santé reproductive : les mauvaises pratiques d'accouchement, le manque de maternités équipées et fonctionnelles et un taux très élevé d'anémie chez les femmes enceintes ont également été identifiés comme des problèmes primaires en Irak pendant la crise. Dans ce contexte de fragilité, les sages-femmes occupent une place importante en tant que personnel de soins de santé primaires, mais aussi en tant qu'actrices clés dans le domaine des droits sexuels et reproductifs.

2.1.1 Les sages-femmes en Irak : faits et chiffres

L'Irak est l'un des pays de la région arabe où la pénurie de sages-femmes est la plus grave. En 2017, l'Irak ne comptait que 0,96 sage-femme pour 10.000 personnes (en valeur absolue : 3 793 sages-femmes).³⁷ En 2020, selon une analyse de l'UNFPA, il manquait environ 18.800 sages-femmes dans le pays pour atteindre une couverture efficace des besoins. Selon les projections, cette pénurie devrait s'aggraver d'ici 2030 si aucune mesure proactive n'est prise pour augmenter la formation des sages-femmes.³⁸

34 Organisation internationale pour les migrations (2023): [Displacement Tracking Matrix. Iraq.](#)

35 OMS (2022c): [Global Health Observatory Data Repository. Iraq](#); OMS Bureau régionale pour la Méditerranée orientale (2018): [Iraq: Health Systems Profile.](#)

36 OMS, 2023b.

37 UNFPA, OMS et ICM, (2021b): [The State of the World's Midwifery, Country Profile Iraq.](#)

38 UNFPA (2022): [The state of the Midwifery Workforce in the Arab Region.](#)



Diyana et ses collègues à l'hôpital.

En Irak, le potentiel de couverture des besoins en services de SSRMNA essentiels par la main-d'œuvre existante (sages-femmes, infirmières, médecins) est de 94 pour cent. Or, ce potentiel de réponse aux besoins (besoins potentiels satisfaits, BPS)³⁹ représente la couverture des besoins si « le personnel peut répondre, à condition qu'il ait fait des études appropriées, qu'il soit équitablement réparti et qu'il travaille dans un environnement habilitant⁴⁰ (et donc qu'il puisse réaliser des prestations de qualité). »⁴¹ Or, en Irak, ces conditions ne sont pas remplies. Le potentiel des sages-femmes, notamment, n'est donc pas pleinement exploité.

La répartition du personnel est particulièrement problématique en Irak : les médecins spécialisés qui fournissent des services de SSRMNA sont concentrés dans les grandes villes du pays.⁴² Diyana, sage-femme, explique

que même en 2023, les médecins ne seront présents à l'hôpital de Sinjar que le dimanche et le lundi. Et même lorsqu'ils sont présents, ils sont très surchargés. C'est pourquoi ils orientent souvent les femmes vers les hôpitaux les plus proches de Tel Afar ou de Mossoul dès le début du travail, lorsque des complications se profilent. Pour les femmes, cela implique de grandes fatigues et, en raison du passé marqué par la violence et de la barrière linguistique, également des craintes.

« Un grand nombre de ces femmes ne parlent que le kurde, pas l'arabe, surtout si elles n'ont pas de formation ou n'étudient pas. Il est donc difficile pour elles de communiquer lorsqu'elles sont hospitalisées à Mossoul. Elles me demandent alors de l'aide, mais je ne peux rien faire pour elles si le médecin les réfère. C'est ainsi. »

Diyana, 26 ans, sage-femme

39 Potentiel de couverture des besoins = temps de travail disponible / temps de travail nécessaire pour la couverture universelle des services essentiels SSRMNA. UNFPA, OMS et ICM, 2021a.

40 Un environnement habilitant signifie que les employés de SSRMNA peuvent exercer pleinement leurs fonctions, sont responsables de la prise de décisions indépendantes dans le cadre de procédures de travail standard réglementées, travaillent dans une infrastructure de santé fonctionnelle avec des ressources humaines, des équipements et des fournitures adéquats, ont accès à des conseils, une collaboration et des références opportunes et respectueuses, sont à l'abri de tout dommage physique ou mental et reçoivent une rémunération équitable, y compris un salaire et des conditions de travail. UNFPA, OMS et ICM, 2021a.

41 UNFPA, OMS et ICM, 2021a.

42 OMS Bureau régionale pour la Méditerranée orientale, 2018.

2.1.2 Les sages-femmes irakiennes dans le système de santé : tâches et restrictions

Le taux de mortalité maternelle⁴³ en Irak est passé de 116,9 pour 100.000 naissances vivantes en 2000 à 76,1 en 2020.⁴⁴ Cela s'explique probablement par le pourcentage très élevé (96 pour cent) d'accouchements assistés par du personnel qualifié.⁴⁵ L'Irak est donc en bonne voie pour atteindre l'ODD 3, à savoir réduire le taux de mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100.000 naissances vivantes d'ici 2030.

En Irak, de nombreuses interventions de la SSRMNA sont officiellement réservées aux médecins, alors qu'elles pourraient être réalisées plus efficacement et à moindre coût par des sages-femmes.⁴⁶ Les sages-femmes irakiennes ne sont autorisées par la législation en vigueur qu'à effectuer un nombre limité de prestations. Par exemple, elles ne sont autorisées à pratiquer que deux des sept soins identifiés par l'OMS pour les « soins obstétricaux d'urgence et les soins néonataux ». En comparaison, les sages-femmes marocaines sont autorisées à effectuer l'ensemble de ces sept fonctions de base.⁴⁷ Dans les centres de santé reculés et les endroits où il y a une pénurie de médecins, comme le Sinjar, il serait très avantageux que des sages-femmes bien formées et équipées soient autorisées à agir de manière plus complète.

En théorie, les sages-femmes ne peuvent s'occuper des accouchements que sous la direction et en présence de gynécologues. Mais la pratique est souvent différente. Souvent, les

parturientes n'arrivent en salle d'accouchement que lorsque l'accouchement est déjà bien entamé, ce qui place également les sages-femmes face à un dilemme juridique. Les sages-femmes doivent alors apporter une aide immédiate, même si cela va au-delà des compétences qui leur sont accordées par la loi.

Dans d'autres domaines également, l'indépendance des sages-femmes en Irak est limitée. Les examens prénataux et postnataux sont effectués par des médecins dans les hôpitaux, les sages-femmes n'étant autorisées qu'à les assister. Toutefois, certaines sages-femmes rapportent qu'elles les réalisent pratiquement aussi de manière autonome.⁴⁸

« À l'hôpital de Shekhan, les examens prénataux sont effectués quatre et huit semaines avant la naissance, mais uniquement par les médecins. Il en va autrement dans les centres de santé primaire, où sont stationnés à la fois des médecins et des sages-femmes, et où les deux peuvent effectuer les examens prénataux. Les visites à domicile des sages-femmes après l'accouchement sont inhabituelles, il y a beaucoup trop d'accouchements et il nous serait impossible de rendre visite à autant de femmes. »

Yasmin, 29 ans, sage-femme

Toutes les décisions sont toutefois prises par le personnel médical. L'expertise et l'évaluation de la sage-femme ne sont guère prises en compte. Cela inclut le choix de la méthode d'accouchement, ce qui explique potentiellement le taux élevé de césariennes (33,2 pour cent).⁴⁹

43 Le taux de mortalité maternelle désigne le nombre estimé de femmes âgées de 15 à 49 ans, pour 100.000 naissances vivantes, qui décèdent pour des raisons liées à la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse.

44 L'Irak est ainsi classé 76e sur 182 pays. UNFPA, DSW (2023): [État de la population mondiale 2023 : Huit milliards d'humains. Un horizon infini de possibilités. Défendre les droits et la liberté de choix.](#)

45 Les accouchements assistés sont le pourcentage d'accouchements effectués par du personnel médical formé (médecins, infirmiers ou sages-femmes).

46 UNFPA, 2022.

47 Seules la réanimation néonatale avec poche et masque et l'accouchement assisté par ventouse sont autorisés pour les sages-femmes irakiennes. Les soins obstétricaux d'urgence définis par l'OMS comprennent également l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse/intramusculaire, l'administration de médicaments utérotoniques par voie intraveineuse/intramusculaire (par exemple l'ocytocine), l'administration d'anticonvulsivants et d'utérotoniques par voie intraveineuse/intramusculaire, l'extraction manuelle du placenta et l'aspiration manuelle par le vide des produits retenus. UNFPA, 2022.

48 En Irak, 67,9 pour cent des femmes ont recours aux examens prénataux au moins quatre fois. Une visite de suivi dans les deux jours suivant l'accouchement est effectuée pour 82,6 pour cent des femmes. UNICEF (2018): [UNICEF Data. Iraq.](#)

49 UNFPA, OMS et groupe de travail interagences sur les liens entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH (2021) : [Sexual and Reproductive Health and Rights Infographic Snapshot. Iraq 2021.](#)



Diyana lors de l'examen d'une patiente.

« Lorsque les patientes arrivent à l'hôpital pour accoucher, le médecin signe d'abord un document, puis les sages-femmes s'occupent en fait de presque tout pendant le reste de l'accouchement. Si des complications sont prévisibles, les médecins auront tendance à orienter les patientes vers l'hôpital le plus proche. La décision revient uniquement aux médecins, et nous, les sages-femmes, n'avons pas notre mot à dire et notre avis n'est pas écouté – parfois, les sages-femmes savent que les médecins ne veulent juste pas prendre de risques ou travailler, et transfèrent donc souvent les femmes. »

Yasmin, 29 ans, sage-femme

Un défi majeur dans le quotidien des sages-femmes est la pauvreté de la population. Certes, pour les examens préventifs de routine, les coûts dans les centres de santé publics ne s'élèvent qu'à 3.000 dinars irakiens (ce qui correspond à environ 2,30 dollars américains). En cas d'urgence, les coûts sont réduits à 500 dinars irakiens (environ 0,40 dollars américains). Cependant, il faut aussi financer le trajet vers l'hôpital et les échographies sont des prestations supplémentaires qui vont souvent au-delà des possibilités financières des femmes. Les femmes économisent également

sur ces examens, car l'accompagnement de l'accouchement à l'hôpital coûte environ onze dollars américains, qui doivent être payés pour les documents à délivrer. Par ailleurs, il faut souvent se procurer soi-même des médicaments dans les pharmacies, car ils ne sont pas disponibles à l'hôpital. De ce fait, les parturientes accouchent souvent sans échographie ou autres examens de laboratoire.

« La situation financière des habitants de Sinjar est vraiment mauvaise. Ils n'ont aucune source de revenus. Les possibilités de travail sont inexistantes. Alors quand on envoie des femmes en consultation et que l'ambulance n'est pas disponible, elles doivent louer une voiture ou prendre un taxi. Parfois, elles n'ont pas d'argent pour cela, alors nous leur donnons de l'argent. »

Khawla, 28 ans, sage-femme

Les sages-femmes en Irak assurent également des tâches importantes dans le soutien psychologique des femmes. Cette « philosophie de prise en charge unique des sages-femmes »⁵⁰ facilite l'accès aux soins de santé, en particulier pour les groupes les plus vulnérables et les plus marginalisés, comme les femmes traumatisées ayant vécu l'exil.

50 UNFPA, OMS et ICM, 2021a.



Diyana devant l'entrée du service de chirurgie de l'hôpital de Sinjar.

« Parfois, la femme arrive et donne naissance à son enfant – et elle a alors besoin d'une sorte de soutien psychologique. Quelqu'un qui lui parle pour la rassurer, la réconforter ou lui apporter toute sorte de soutien. Pour certaines personnes, c'est très difficile. Même si on les transfère, elles ont peur de quitter la région où elles vivent. Sur le chemin de Sinjar à Mossoul, il faut passer par Tel Afar et toutes les zones où se trouvaient les principaux villages et districts de l'état islamique. Pour elles, c'est donc très effrayant de se rendre ailleurs au milieu de la nuit. Ce n'est pas facile. »
Diyana, 26 ans, sage-femme

2.1.3 L'association irakienne des sages-femmes : tigre sans dents

En Irak, la sage-femme est reconnue comme une profession à part entière et la loi donne une définition de ce qu'est une sage-femme professionnelle. Une licence est nécessaire pour exercer la profession, ainsi que l'inscription des sages-femmes licenciées dans un registre. Ce registre est placé sous l'autorité du syndicat des infirmières irakien, un organisme général de représentation professionnelle du personnel soignant.⁵¹

L'association professionnelle des sages-femmes, fondée pour la première fois en 1959, puis en 1971 et en 2012, dépend également du syndicat des infirmières. Elle est chargée de développer le profil de la profession, de fournir des conseils individuels et professionnels et de représenter ses membres, ainsi que de conseiller le gouvernement sur les documents de base relatifs à la santé maternelle et néonatale. Les négociations sur les conditions de travail et de salaire avec le gouvernement ne relèvent pas de la compétence de l'association professionnelle.⁵²

Le salaire annuel moyen des sages-femmes irakiennes est d'environ 6.500 dollars américains. Certaines sages-femmes considèrent que cette rémunération est trop faible pour leur travail. De plus, les sages-femmes ne sont pas suffisamment protégées : La sécurité au travail n'est pas garantie, pas plus que la couverture financière en cas d'accident du travail. Bien que les sages-femmes interviewées soient très conscientes de ces abus, aucune d'entre elles n'avait connaissance d'un syndicat de sages-femmes ou d'un groupe d'intérêt en Irak qui s'engagerait à défendre les condi-

51 UNFPA (2014): The State of the World's Midwifery 2014. Iraq.

52 UNFPA, 2014.



Consultation par la sage-femme Diyana au Sinjar.

tions de travail des sages-femmes et à valoriser leur travail.

« Notre salaire et notre couverture ne sont pas bons. Par exemple, il y a une indemnité d'assurance que l'on reçoit si l'on contracte une infection virale pendant le travail. Les sages-femmes reçoivent 80.000 dinars irakiens (env. 61 dollars américains) en cas d'assurance, mais les médecins en reçoivent 150.000 (env. 115 dollars américains). Je trouve cela injuste, dans la mesure où les sages-femmes font normalement tout le 'sale boulot' et courent donc un risque beaucoup plus élevé. Pendant la période de Covid, les médecins n'examinaient souvent même pas les patientes, mais laissaient directement tout le travail aux sages-femmes. »

Yasmin, 29 ans, sage-femme

En Irak, les sages-femmes n'occupent aucun poste de direction au sein du ministère national de la Santé, des départements infranationaux du ministère de la Santé ou de l'autorité de réglementation de la profession. Il n'existe pas d'unité de régulation du secteur de la santé qui soit uniquement compétente pour les sages-femmes.⁵³ Par conséquent, la représen-

tation directe de leurs intérêts est limitée. Comme il n'y a pas non plus de sages-femmes occupant des postes de direction ou de gestion dans le secteur de la santé en Irak, il n'est pas possible d'améliorer la prestation de services de SSRMNA sous la direction des sages-femmes. Un potentiel considérable d'amélioration durable de la situation en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents reste donc inexploité à ce jour.

2.1.4 Formation et reconnaissance par l'État

La formation de sage-femme nécessite au préalable l'accomplissement de la 10^{ème} année scolaire. Un diplôme de fin d'études secondaires et une moyenne minimale sont requis. La formation à l'école publique irakienne « Midwife High School » dure trois ans.⁵⁴ En Irak, la formation de sage-femme et son activité ne sont pas particulièrement valorisées par une grande partie de la population. Les femmes qui optent pour la formation de sage-femme font face au mépris et à l'incompréhension du rôle et de l'importance des sages-femmes.

53 UNFPA, 2022.

54 Entretien avec Omar Saleh, expert en santé, CARE Irak. Voir aussi UNFPA, 2014.

« Les gens regardent notre travail et ce que nous faisons de haut. Il y a un terme péjoratif et dévalorisant qu'ils utilisent en kurde. Les personnes ne sont pas très bien informées sur notre travail et sur l'importance de notre travail. Pourtant, ce que nous faisons est bien plus important que le médecin, car le médecin vient, voit brièvement la patiente et s'en va, et c'est ensuite la sage-femme qui prend l'entière responsabilité de l'accouchement. »

Khawla, 28 ans, sage-femme

Il n'existe pas de curriculum standardisé et il n'est pas non plus prescrit un minimum d'accouchements supervisés pendant la formation. 50 pour cent seulement des formateurs de sages-femmes sont eux-mêmes des sages-femmes.⁵⁵ Il n'y a pas de contrôle de la qualité de cette formation, ni de formation continue pour les sages-femmes. En Irak, il n'existe qu'une seule région où l'on peut suivre des études de licence au-delà de la formation initiale, avec une part importante de pratique.

En raison du taux de natalité élevé (3,4 enfants par femme en moyenne)⁵⁶ et de l'environnement exigeant des maternités, avec peu d'équipements et un personnel insuffisant, les sages-femmes fraîchement diplômées en Irak sont généralement soumises à un stress élevé.⁵⁷ Après l'obtention de leur diplôme, les sages-femmes ne peuvent suivre un programme de transition que dans certaines régions d'Irak, afin de les aider à mettre en pratique leurs connaissances théoriques. De nombreuses sages-femmes débutantes se sentent dépassées par l'énorme responsabilité et le défi que représente la mise en pratique des connaissances théoriques acquises sans autre encadrement structuré. Cela conduit déjà à ce stade à un taux élevé d'abandon de la profession.

Pour entrer dans la profession, les sages-femmes diplômées ont besoin d'un programme pratique pendant leur formation et d'un environnement de soutien de la part de leurs collègues et de leurs cadres, ce qui leur permet d'acquérir une confiance pratique suffisante. Ce n'est qu'ainsi qu'elles resteront dans la profession et pourront fournir des prestations efficaces.⁵⁸

2.1.5 Formation et responsabilité supplémentaires : planification familiale et éducation

Une tâche importante des sages-femmes dans le monde entier est l'information sur le planning familial et le travail d'éducation.⁵⁹ Cependant, le cadre légal en Irak limite fortement l'éventail des services que les sages-femmes peuvent offrir. Djibouti et le Yémen sont les seuls pays de la région à autoriser leurs sages-femmes à proposer les cinq méthodes de contraception (pilule, injection, dispositif intra-utérin, contraception d'urgence et implant). En Irak, comme en Jordanie et en Libye, les sages-femmes ne peuvent distribuer que des préservatifs, un mode de contraception peu répandu dans le monde arabe.⁶⁰

Pour être autorisées à fournir des informations sur le planning familial dans les établissements de santé, les sages-femmes irakiennes peuvent participer volontairement à une formation complémentaire dispensée par les autorités sanitaires locales. Le besoin de conseils est clairement établi. Près de 90 pour cent des femmes qui ont récemment accouché expriment le souhait de ne pas tomber enceintes pendant deux ans ou plus. Pourtant, le recours à la contraception ne se situe toujours qu'entre 28 et 36 pour cent.⁶¹ Certes, le nombre de femmes qui utilisent une contraception active augmente depuis

55 UNFPA, 2022.

56 DSW, 2023.

57 Naqshbandi, P. S.; Karim, M. A. et Qadir, D. O. (2019): *A qualitative Study of the Recent Midwifery Graduates' lived Experiences During Transition Period*. International Journal of Medical Investigation.

58 UNFPA, OMS et ICM, 2021a.

59 OMS (2018): *Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception*.

60 UNFPA, 2022.

61 D'autres différences significatives apparaissent dans le fait que les jeunes femmes sont les moins susceptibles d'utiliser des méthodes de PF modernes ou autres. Le taux élevé de « grossesses non désirées » est également frappant – environ 24 pour cent des grossesses (pendant la période de l'enquête) étaient soit non intentionnelles soit non désirées, avec un pourcentage plus élevé chez les femmes de plus de 30 ans. UNFPA et République d'Irak, ministère de la santé (2020): *National Birth Spacing & Family Planning Strategy (2021 – 2025)*.



Patientes en attente devant le service où travaille Diyana.

quelques années. Toutefois, les normes de genre et le manque d'autodétermination restent des obstacles majeurs. Dans la pratique, l'utilisation de moyens de contraception n'est possible qu'avec l'accord du mari.

« Récemment encore, une femme de 37 ans, qui avait déjà 13 enfants, est venue nous voir. Son mari lui a quand même interdit de prendre des contraceptifs. »

Yasmin, 29 ans, sage-femme.

Un autre facteur exerce également une influence considérable : bien que d'autres méthodes contraceptives soient généralement autorisées, les femmes ne reçoivent de facto que la pilule contraceptive dans le système de santé public, sur prescription d'un médecin. Les autres moyens de contraception ne sont généralement disponibles que dans le secteur privé et sont chers : leur coût est de 100 à 350 dollars américains. Malgré cela, le secteur privé détient plus de 80 pour cent des parts de marché du planning familial moderne, le secteur public n'en détenant que 15 pour cent.⁶² Il ressort donc clairement de ces chiffres que les femmes et les familles financièrement faibles n'ont qu'un accès limité aux moyens de contraception modernes.

2.1.6 Surcharge de travail et manque de soutien

En Irak, les sages-femmes sont employées par le système de santé public-étatique. La loi prévoit qu'elles travaillent 40 heures par semaine. La durée de chaque service par tours dépend de l'hôpital ou du centre de naissance concerné.

« Les sages-femmes irakiennes travaillent en service par tours, qui durent généralement 24 heures et sont très fatigantes, car on ne peut pas vraiment dormir. La plupart du temps, plusieurs sages-femmes sont présentes et se répartissent un peu le travail. Dans notre salle d'accouchement, il y a quatre lits où les femmes accouchent en même temps. Pendant les gardes, les sages-femmes sont logées dans la maison d'hôtes de l'hôpital, qui est toutefois dans un état épouvantable. Même la nourriture que nous recevons est à peine appréciée. »

Yasmin, 29 ans, sage-femme

Comme toutes les employées irakiennes, les sages-femmes ont droit à un congé de maternité (21 jours avant l'accouchement et jusqu'à 51 jours après) et à un congé parental (jusqu'à un an). Cependant, lorsqu'elles reprennent le

62 UNFPA et République d'Irak, ministère de la santé, 2020.



Diyana avec des collègues dans la maison d'hôtes de l'hôpital où elles logent pendant leurs gardes hebdomadaires.

travail, elles sont confrontées, comme beaucoup de femmes en Irak, aux images patriarcales des rôles et à l'absence de soutien systémique pour les mères qui travaillent.

« Si les sages-femmes ont elles-mêmes des enfants, elles peuvent prendre un congé parental d'un an, avec un demi-salaire. La question de savoir si elles reprennent ensuite le travail est à nouveau à régler avec le mari. Mais moi, je voudrais en tout cas reprendre le travail. Certaines sages-femmes ramènent aussi des enfants au travail si elles n'ont pas de garde. »

Yasmin, 29 ans, sage-femme

L'unique hôpital du Sinjar où Diyana travaille comme sage-femme emploie 36 sages-femmes au total. Pendant une garde, il y a toujours six sages-femmes en service. Elles travaillent dans une grande salle avec de nombreuses parturientes en même temps. Pour la phase finale de l'accouchement, il y a une salle avec deux lits. Lorsque ceux-ci sont occupés, d'autres accouchements doivent avoir lieu dans la grande salle de travail. Depuis que les organisations non gouvernementales (ONG)

internationales ont cessé leurs activités en raison du manque de financement dans la région, davantage de femmes viennent à l'hôpital. Les centres de santé locaux, qui absorbaient encore une partie du travail auparavant, ont fermé leurs maternités.

Pour les sages-femmes, cela entraîne une surcharge de travail constante. Le manque de soins de base ne peut souvent être comblé que par le transfert des femmes enceintes vers d'autres hôpitaux. Dans ce contexte, les sages-femmes se sentent souvent trop peu valorisées et trop peu considérées dans leur travail.

« Nous aimerions avoir le sentiment d'être importantes dans la communauté, que les gens comprennent notre travail et voient l'importance de ce que nous faisons. Les habitants des communautés ne comprennent pas assez bien l'importance du travail des sages-femmes. Et bien sûr, nous avons besoin de plus de formation afin d'améliorer et de développer nos compétences en permanence. »

Khalwa, 28 ans, et Diyana, 26 ans, sages-femmes.

2.1.7 Projet CARE : santé et reconstruction avec la participation des sages-femmes

Dans le contexte décrit, CARE a mis en œuvre un projet dans le gouvernorat de Ninive, situé dans le nord de l'Irak, particulièrement touché par le conflit armé, qui comprenait, entre autres composantes relatives aux DSSR, la formation continue des sages-femmes dans le domaine du planning familial et leur formation pour renforcer la structure sanitaire locale.⁶³

Quarante et une sages-femmes du nord de Ninawa ont participé à un cours de huit mois afin d'élargir leur expertise pratique et d'être mieux armées dans le domaine de l'éducation. La conception du projet reconnaissait également leur position d'agents de santé de première ligne, en tant que souvent seul personnel médical qualifié dans leurs communautés d'origine. Les femmes retenues ont reçu des cours spécialement adaptés à leur situation. Le programme d'études a été élaboré conjointement par CARE et l'hôpital de Dohuk. Les participantes ont également fait des stages à l'hôpital de Dohuk. Pendant la durée de la formation, elles ont vécu ensemble dans un appartement loué pour elles, ce qui a permis un échange entre partenaires et a posé les bases d'un réseau professionnel. Deux symposiums professionnels destinés au personnel médical de la SSRMNA ont également été organisés dans le cadre du projet. Les médecins et les sages-femmes ont pu échanger ouvertement leurs expériences et apprendre les uns des autres.

La conception du projet partait du principe que les sages-femmes formées contribueraient, grâce à un travail de sensibilisation accru, au renforcement des capacités en matière de santé reproductive des futures mères, qu'il s'agisse des femmes de retour au pays ou de la population résidente. Parallèlement, le projet s'attendait à un effet de transformation du genre qui, déclenché par le travail d'information et de sensibilisation, pourrait notamment



Équipement des sages-femmes dans un hôpital en Irak.

conduire à l'élimination de stéréotypes et de pratiques sexuelles néfastes ou discriminatoires.

Étant donné que les femmes sont souvent limitées dans leur mobilité en raison des rôles et des attentes traditionnels en Irak et qu'elles participent traditionnellement peu aux activités en dehors de la famille, les sages-femmes ont menées des visites ciblées à domicile et des groupes de discussion. Ceux-ci ont été très bien accueillis, mais ne sont guère possibles dans le quotidien des sages-femmes, qui n'est pas financé par le projet, en raison du manque de ressources.

Le matériel utilisé par les sages-femmes traitait également de l'égalité entre les femmes et les hommes au niveau communautaire, afin de mieux informer les femmes et les filles de

⁶³ Du 1er mai 2016 à fin 2018, CARE Allemagne a mené le projet « Reconstruction saine : amélioration de la santé maternelle et infantile dans les zones de retour au nord de l'Irak » dans les sous-districts de Zummar et Rabia et les villages environnants du gouvernorat de Ninawa. Il a été financé à hauteur de 2,9 millions d'euros par le BMZ. Le projet d'aide au développement et de réhabilitation a été mis en œuvre en partenariat avec l'ONG locale Harikar et la Direction de la santé (DOH) de Ninawa, et a coordonné les activités du projet avec d'autres acteurs du développement actifs dans le domaine de la santé, notamment le UNFPA, l'OMS et des ONG internationales.

leurs droits. Les questions de violence fondée sur le genre dans le contexte des DSSR (telles que les mariages précoces) ont constitué un thème.

Le renforcement des connaissances et des compétences a été accompagné d'une composante structurante sous la forme de la reconstruction et de l'installation de quatre centres de santé dotés de services mère-enfant, afin d'améliorer l'accès local à un soutien et à des équipements professionnels pendant la grossesse et l'accouchement.

Alors qu'avant le début du projet, les hôpitaux ou cliniques privés étaient principalement sollicités pour les soins prénataux et les accouchements, à la fin du projet, 72 pour cent de la population préféraient les centres de soins prénataux publics. Les raisons invoquées étaient l'amélioration de l'infrastructure, l'accessibilité et la disponibilité des médicaments ainsi que l'amélioration de l'encadrement par les sages-femmes et les médecins. Ce dernier aspect, en particulier, est directement lié à la formation continue des sages-femmes.

Le travail d'information des sages-femmes a été jugé très positif par les participants au projet. La prise de conscience des rôles de genre et de leur transformation ainsi que le domaine de la violence liée au genre ont été soulignés comme une valeur ajoutée. Ces résultats indiquent que le projet a contribué à un changement durable et que les participants

au projet mettent en pratique ce qu'ils ont appris et agissent en tant que relais des connaissances acquises.

Outre l'évaluation du projet, il existe une autre preuve beaucoup plus concrète de la réussite et de la durabilité de la conception et de la mise en œuvre du projet : avant de travailler comme sage-femme à l'hôpital de Sinjar, Diyana a participé à l'un des cours de huit mois du projet CARE. Aujourd'hui encore, des années après la fin du projet, elle continue à conseiller et à sensibiliser des adultes et des jeunes sur le thème du planning familial. Elle souligne qu'elle implique toujours les maris et leur explique pourquoi une pause dans la grossesse est importante pour le corps de leur femme. Selon ses propres dires, elle obtient ainsi de bons résultats, notamment dans le changement d'attitude des hommes. Sa collègue Khawla, qui travaille dans le même hôpital que Diyana, souligne en outre l'importance d'un meilleur travail d'information et le rôle de multiplicatrice de Diyana pour ses collègues. Depuis trois ou quatre ans, elle remarque de plus en plus que les mariages précoces régressent massivement, ce qu'elle attribue directement au travail d'information d'acteurs comme Diyana.

« Diyana possède un savoir différent de celui qui nous a été transmis. Nous apprenons d'elle tous les jours. »

Khawla, 28 ans, sage-femme

Résultats du travail de formation des sages-femmes dans le domaine de la planification familiale

93 %

des participants au projet ont une meilleure connaissance des contraceptifs et du planning familial.

76 %

des personnes interviewées ont trouvé que les sessions de sensibilisation étaient la meilleure partie des interventions du projet.

72 %

ont préféré les maternités publiques aux cliniques privées.

2.2 Côte d'Ivoire : active dans le post-conflit

Diomande⁶⁴ veut sauver des vies. « Ma belle-sœur est décédée quelques jours après la naissance de ses jumeaux. C'est à ce moment-là que j'ai réalisé que je voulais aider d'autres femmes. Chaque femme devrait avoir une chance d'accoucher en toute sécurité. » Depuis 2018, Diomande est sage-femme et travaille au centre de santé rural de Fari M'babo en Côte d'Ivoire. Originaire de Touba, dans le nord de la Côte d'Ivoire, cette sage-femme de 34 ans habite avec ses deux nièces juste à côté de son lieu de travail. Elle est toujours joignable et travaille 24 heures sur 24, sept jours sur sept. « Quand je suis débordée, je prends mon congé annuel. Je vais alors chez mes parents dans le nord. Sinon, je suis de garde – à chaque heure, chaque jour, par tous les temps. » En tant que sage-femme, elle n'est pas seulement responsable des accouchements et des soins pré- et postnataux, mais elle informe également sur la contraception. Autrefois, les jeunes avaient honte de venir la voir. Aujourd'hui, même les parents en font partie. Le taux de grossesses non planifiées a fortement baissé.

« Plus que tout autre chose, nous avons besoin d'une ambulance. » Actuellement, les patients en urgence sont transportés sur le plateau d'un tricycle motorisé. Dans le pire des cas, elles y accouchent également. Le risque élevé de tomber du plateau de chargement pendant l'accompagnement des femmes n'a pas d'importance



La sage-femme Diomande.

pour Diomande – elle veut sauver des vies. « Je suis tellement fière et heureuse de voir la joie des parents après un accouchement réussi. Régulièrement, des femmes reviennent me voir des années après l'accouchement pour me remercier de mon soutien et de mes conseils. C'est là que réside toute ma satisfaction. »

Cliquez ici pour plus d'informations sur Diomande et son travail.



Pendant longtemps, la Côte d'Ivoire, avec ses 28,2 millions d'habitants, a été considérée comme un pays stable et relativement prospère au milieu d'une région marquée par la pauvreté et l'instabilité politique. Entre 2002 et 2011, le pays a cependant connu deux guerres civiles qui ont fait des milliers de morts et plus d'un million de déplacés internes. En avril 2011, le conflit violent a été résolu et des élections démocratiques ont eu

lieu. Cependant, le système de santé porte encore les séquelles de ces événements.

Depuis 2022, l'insécurité croissante dans les pays voisins de la région du Sahel a entraîné un afflux accru de réfugiés, principalement en provenance du Burkina Faso.⁶⁵ Cela a encore accru la pression sur les services sociaux de base, déjà insuffisants auparavant, des deux régions du nord du pays qui ont accueilli la plupart des réfugiés.

⁶⁴ En Côte d'Ivoire, les sages-femmes Diomande (34 ans), Mariame (38 ans), Ndri, Mariette et Achi, qui travaillent dans des centres de santé ruraux, ont été interviewées dans le cadre de la présente étude. CARE s'est également entretenue avec Carine et Sonia, qui travaillent dans des centres de santé urbains. Toutes sont employées dans la région de Gbêkê, dans le centre de la Côte d'Ivoire, et sont membres de l'Association des sages-femmes ivoiriennes (ASFI). Sonia est également présidente de la représentation régionale de l'ASFI. Une autre interview a été réalisée avec la présidente nationale de l'ASFI, Awa Diallo, à Abidjan.

⁶⁵ UNHCR (2023): [Côte d'Ivoire](#).

La Côte d'Ivoire est l'un des plus grands producteurs de cacao au monde et compte parmi les principaux pays exportateurs de café, de noix de cajou, d'huile de palme et de caoutchouc du continent africain. En outre, le pays dispose d'un secteur tertiaire bien développé par rapport à la moyenne régionale. Pourtant, avec une espérance de vie moyenne de 58,6 ans et une durée moyenne de scolarisation de cinq ans, la Côte d'Ivoire ne se classe qu'au 159^{ème} rang sur 191 pays selon l'indice de développement humain (IDH) des Nations unies.⁶⁶ Si l'économie a connu une forte croissance ces dernières années, celle-ci n'a pas de contrepartie en termes de dépenses de santé.⁶⁷

Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire a toujours été largement sous-financé et structurellement faible. Lors des conflits de 2010-2011, une grande partie des établissements de santé a été fermés et parfois pillés. Après la fin du conflit, le gouvernement a donné la priorité à la réhabilitation et à la construction de centres de santé et d'hôpitaux et a mis en place un système de services gratuits. Cependant, la part des dépenses de santé dans le total des dépenses du pays n'est que d'environ cinq pour cent⁶⁸ depuis des années, ce qui est loin de l'objectif que les pays africains se sont fixés dans la Déclaration d'Abuja⁶⁹ de consacrer 15 pour cent du budget national à la santé.

Seuls dix pour cent de la population du pays ont aujourd'hui accès à des soins de santé adéquats.⁷⁰ La mortalité maternelle est extrêmement élevée,⁷¹ avec 480 femmes pour 100.000 naissances vivantes. Les financements des

baillleurs internationaux pour la santé ont atteint un pic dans le cadre de la reconstruction en 2014/2015, mais se sont depuis stabilisés au niveau d'avant le conflit et restent concentrés sur le VIH et le paludisme (70 pour cent). Alors que la situation économique et politique se stabilise, le pays est désormais confronté au défi de passer d'une situation d'urgence à la mise en place d'un système de santé durable.⁷²



2.2.1 Le champ d'action des sages-femmes ivoiriennes : équilibre entre contraintes légales et responsabilité individuelle

Diomande est l'une des quelques 7.000 sages-femmes professionnelles de Côte d'Ivoire.⁷³ Elle est la seule sage-femme à suivre environ 200 grossesses par an dans la zone d'influence de son centre de santé.⁷⁴

66 L'indice de développement humain (IDH) est une mesure synthétique de la performance moyenne dans des dimensions clés du développement humain : une vie longue et saine, l'éducation et un niveau de vie adéquat. UNDP (2023): [Human Development Index \(HDI\)](#).

67 Banque Mondiale (2020): [Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire. Accelerating Reforms Toward Universal Health Coverage](#).

68 Banque Mondiale, 2020.

69 Chefs d'État et de gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (2001): [Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related infectious diseases](#).

70 OMS, 2023b.

71 La moyenne mondiale est de 223 pour 100.000 naissances vivantes. Le chiffre de 480 pour la Côte d'Ivoire dépasse même la moyenne des régions les moins développées du monde, qui est de 377 femmes pour 100.000 naissances vivantes. DSW, 2023.

72 Banque Mondiale, 2020.

73 Selon la présidente de l'Association des sages-femmes ivoiriennes, il y avait environ 7.000 sages-femmes en 2023 au moment de l'interview. En 2019, elles étaient 5.601 selon l'UNFPA. UNFPA, OMS et ICM (2021c): [The State of the World's Midwifery, 2021. Country Profile Côte d'Ivoire](#).

74 UNFPA, OMS et ICM, 2021c.

« À la maternité, la sage-femme est obligée de faire tout ce qui concerne les soins. Quand je dis soins, je parle de la consultation prénatale, du planning familial, de l'accouchement, des soins au nouveau-né et des consultations postnatales. »

Diomande, 34 ans, sage-femme

La mission principale des sages-femmes en Côte d'Ivoire est d'accompagner les grossesses sans complications prévisibles. Elles effectuent des consultations et des examens dans le cadre de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Elles accompagnent le travail et l'accouchement. Le suivi et le conseil de la mère et de l'enfant après l'accouchement font également partie de leurs responsabilités.⁷⁵ Depuis 2010, le champ de compétences des sages-femmes s'est élargi à la possibilité d'accompagner les patientes en dehors de la grossesse en réalisant des interventions gynécologiques (frottis, examen des seins, etc.).

Diomande est également responsable de l'éducation et de la mise à disposition de moyens de planification familiale. En Côte d'Ivoire, les sages-femmes peuvent administrer des contraceptifs injectables et des dispositifs intra-utérins.

En Côte d'Ivoire, les sages-femmes sont soutenues par des agents de santé communautaires (ASC) bénévoles, dont elles coordonnent le travail. Les ASC sont principalement chargées de la liaison avec la communauté et de l'éducation, notamment en matière de planification familiale.⁷⁶ Les ASC reçoivent des indemnités pour leur travail. Si aucun financement de projet n'est actuellement disponible auprès d'ONG, les sages-femmes le paient souvent de leur poche, car elles dépendent du soutien d'ASC.

« Nous travaillons avec des femmes qui nous aident, les Agents de Santé Communautaire (ASC). Elles prennent par exemple les constantes des patientes, les aident à s'installer au centre de santé, effectuent aussi le suivi dans la communauté. Nous, les sages-femmes, ne pouvons pas être là pour toutes les activités, dans la communauté. Les ASC sont nos relais. Les ASC ne doivent pas faire les soins, c'est le rôle des sages-femmes. »

Diomande, 34 ans, sage-femme

En Côte d'Ivoire, 74 pour cent de tous les accouchements sont accompagnés par du personnel de santé qualifié. Pour 10.000 personnes, on compte pour cela 2,2 sages-femmes, mais seulement 0,1 gynécologue. Malgré le travail inlassable des sages-femmes et, là où ils sont disponibles, des gynécologues et des pédiatres, le potentiel de couverture des besoins en SSRMNA (besoins potentiels satisfaits) n'est que de 39 pour cent.⁷⁷

Les sages-femmes ont un rôle particulièrement important à jouer. Dans les zones rurales, la sage-femme du centre de santé est, pour de nombreuses femmes, le seul professionnel disponible en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé maternelle. Afin de pouvoir travailler avec succès, elles doivent être acceptées par la communauté et entretenir de bonnes relations. En effet, le fait que les femmes se rendent au centre de santé dépend de la perception qu'elles ont de la compétence de la sage-femme, mais aussi de l'accueil chaleureux et respectueux qu'elles leur réservent. Afin d'instaurer la confiance et de réduire le scepticisme face à l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement par la sage-femme au centre de santé, les sages-femmes collaborent également avec des accoucheuses traditionnelles, appelées matrones.

75 ASFI (2023): *Association de Sages Femmes Ivoiriennes (ASFI)*.

76 Banque Mondiale, 2020.

77 UNFPA, OMS et ICM, 2021c.



Diomande consulte une patiente dans sa salle de consultation.

« Depuis un certain temps, il y a vraiment moins d'accouchements à domicile. Tout simplement parce que nous travaillons avec les matrones. Les matrones sont les vieilles femmes qui accompagnaient autrefois les femmes lors des accouchements à domicile. Nous sommes donc en contact avec ces matrones. Car on ne peut pas simplement les exclure. Nous nous sommes donc adressés à ces dames et avons échangé avec elles. Nous avons expliqué pourquoi il était bon de venir accoucher au centre de santé. Grâce à cela, le taux d'accouchement à domicile a baissé. »

Diomande, 34 ans, sage-femme

Avec le système de santé publique, les soins de santé primaires sont dispensés dans des centres de santé dont la zone d'influence est d'environ 10.000 personnes. Chaque centre de santé rural dispose d'une maternité dirigée par une sage-femme. Il existe également un dispensaire dirigé par un infirmier. Les infirmiers assument l'entière responsabilité clinique du

traitement médical des patients et peuvent également prescrire des médicaments. Pour de nombreuses femmes, le centre de santé est le seul établissement de santé accessible et la sage-femme est le seul professionnel de santé spécialisé dans la santé sexuelle, reproductive, néonatale et des adolescents dans un rayon de plusieurs kilomètres.⁷⁸

Les sages-femmes en Côte d'Ivoire ont des compétences étendues. Cependant, elles ne sont pas officiellement autorisées à accompagner les naissances à risque, telles que les naissances gémellaires. Cela signifie pour les sages-femmes qu'elles se retrouvent régulièrement dans une zone grise juridique. Pour sauver des vies, elles doivent assumer des tâches pour lesquelles elles ne sont ni autorisées, ni formées, ni suffisamment équipées dans les centres de santé ruraux.

78 96 pour cent de la population ivoirienne vit à moins d'une heure de route d'une maternité (service d'accouchement avec sage-femme). Cependant, seulement 10 pour cent de la population vit à moins d'une heure d'un l'établissement de santé « Urgence obstétrique et soins aux nouveau-nés » (EmONC) UNFPA (2021): [Developing networks of health facilities for improving access to functioning emergency obstetric care at national scale: country experience in sub-Saharan Africa.](#)

« Oui, je risque de mettre mon travail en danger, car il y a des accouchements que je n'ai pas le droit de faire. Par exemple, les accouchements jumeaux ou les couches transversales. Toutes les affiches et les protocoles ici, sur le mur, me le rappellent. Mais c'est comme je l'ai expliqué : les femmes viennent me voir et le bébé est déjà presque là. Tu ne peux pas leur dire : 'Va-t'en'. Alors tu essaies de sauver la mère et l'enfant. »

Mariame, 38 ans, sage-femme

Les sages-femmes et les interruptions de grossesse

L'interruption de grossesse⁷⁹ et la tentative d'avortement sont illégales en Côte d'Ivoire, conformément aux articles 425 et 426 du Code pénal de 2019. Des exceptions à cette règle ne sont possibles qu'après un viol ou en cas de danger physique pour la femme enceinte. La présence de l'un de ces motifs doit être constatée par un personnel de santé autorisé. Pour les mineures, l'autorisation des parents est nécessaire. Des études révèlent qu'en Côte d'Ivoire, entre 2015 et 2019, 37 pour cent des grossesses non planifiées ont abouti à un avortement, selon les chiffres officiels.⁸⁰ Ce taux est plutôt faible comparé au taux mondial de 61 pour cent. Cependant, en raison des restrictions légales, très peu des avortements sont pratiqués légalement et en toute sécurité par du personnel de santé qualifié. Dans de nombreux cas, les avortements non officiels entraînent de graves complications, parfois mortelles, qui sont ensuite traitées par des sages-femmes.

« Le mois dernier, une jeune fille non mariée est venue me voir, qui avait fait un avortement à la maison. Mais tout n'est pas sorti. Elle est venue, j'ai fait le soin ici, mais ce n'était pas suffisant. J'ai décidé de l'emmener à l'hôpital général. Elle allait très mal. Elle a été opérée et a reçu une transfusion sanguine. Cela m'a fait de la peine pour elle. J'ai aussi eu mal pour les parents. »

Diomande, 34 ans, sage-femme



Panneau indicateur de la maternité et du dispensaire.

Que faire en cas de complications : la collaboration avec les médecins

Lorsque les sages-femmes atteignent les limites des examens et des traitements qu'elles sont autorisées à effectuer, en particulier en cas de complications et d'accouchements à risque, les patientes sont référées à l'hôpital de district le plus proche pour y être traitées par des médecins.⁸¹

79 OMS (2023c): [Global Abortion Policies](#).

80 Guttmacher Institute (2023): [Country Profile. Côte d'Ivoire](#).

81 Banque Mondiale, 2020.



Deux agents de santé communautaire devant la maternité.

Une étroite collaboration entre les sages-femmes et les médecins est importante afin de pouvoir organiser correctement le transfert vers un hôpital plus important : Mariame décrit la collaboration avec les médecins de l'hôpital comme harmonieuse et empreinte de respect mutuel. Elle dispose d'une liste des contacts des sages-femmes de l'hôpital de district en cas d'urgence, ainsi que du numéro de téléphone du médecin de l'hôpital.

« Si je dois envoyer une femme à l'hôpital de district de Béoumi, s'il y a des complications, j'appelle le médecin de l'hôpital. Le médecin de Béoumi est toujours à l'écoute, même quand je le réveille. Il m'écoute et me dit ensuite ce que je dois faire. Il faut souvent attendre longtemps avant que le véhicule soit organisé pour le transport d'ici à Béoumi, alors il me dit 'fais ça, fais ça' avant que le véhicule n'arrive. Nous n'avons aucun problème avec lui. »

Mariame, 38 ans, sage-femme

En ce qui concerne les transferts, il y a deux obstacles majeurs : d'une part, il n'y a en moyenne que 0,22 ambulance par établisse-

ment de santé en Côte d'Ivoire et celles-ci se trouvent surtout dans les zones urbaines et les zones à plus forte structure.⁸² Dans les centres ruraux où travaillent les sages-femmes Mariame et Diomande, il n'y a pas d'ambulance qu'elles pourraient appeler. Le transfert en cas de complications ne peut donc se faire qu'en voiture privée ou à moto. Comme l'accouchement est souvent déjà avancé au moment du transfert, la sage-femme accompagne aussi régulièrement des femmes en ville à bord de ces véhicules de fortune.

« En l'absence d'ambulance, j'ai dû emmener une dame enceinte de jumeaux à l'hôpital général de Béoumi sur la benne d'une moto tricycle. Comme elle ne voulait pas aller en ville, elle était restée au village jusqu'à ce que les contractions commencent. Je ne pouvais pas laisser cette femme seule. Je l'ai donc accompagnée. À mi-chemin, le premier bébé est arrivé. J'ai accompagné l'accouchement en cours de route. Puis, à l'arrivée en ville, le deuxième est arrivé. Nous ne sommes allés à l'hôpital que pour la suite du traitement. »

Diomande, 34 ans, sage-femme

82 Banque Mondiale, 2020.

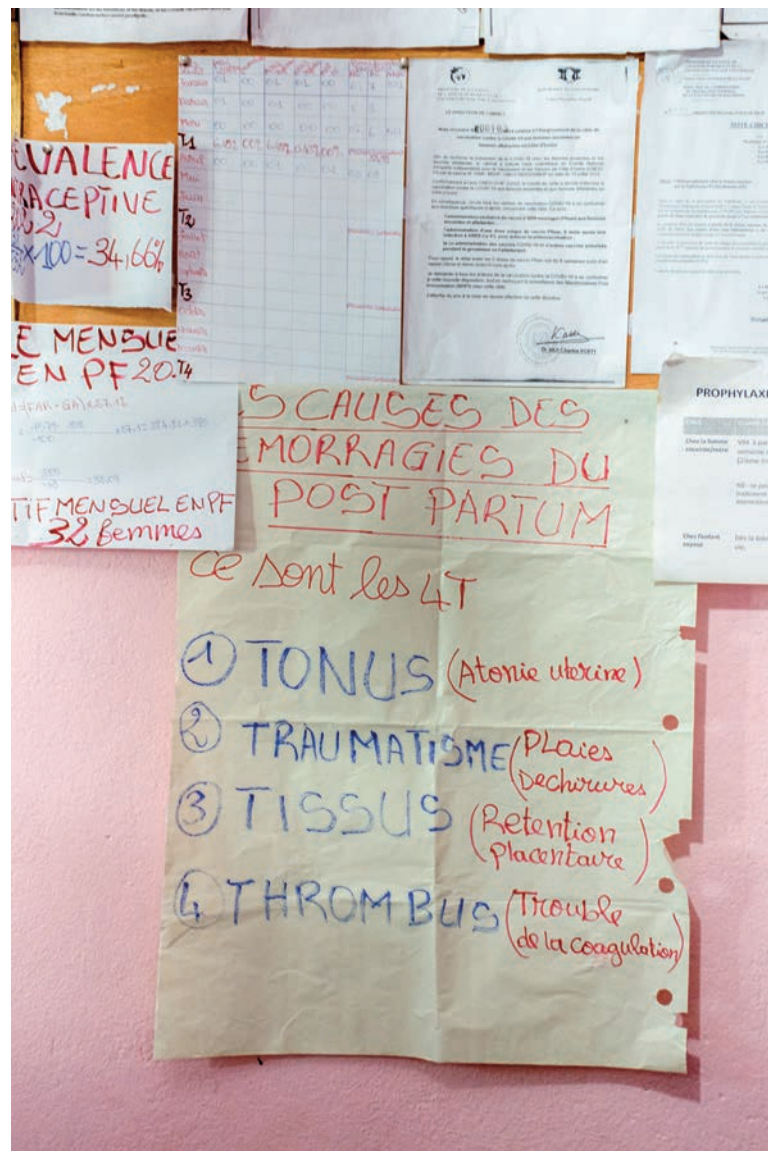
L'autre problème est le financement des transports alternatifs : les voitures, motos ou motocyclettes de transport doivent d'abord être organisées, puis payées. Les familles ne peuvent souvent pas se le permettre et essaient donc d'éviter le transfert en ville. Là encore, les sages-femmes interviennent avec un engagement personnel pour assumer leur responsabilité et leur obligation de réduire la mortalité maternelle et d'offrir des soins de qualité.

« J'ai reçu une adolescente en plein travail. Elle avait une hauteur utérine excessive, donc un très gros bébé dans son ventre. C'est pourquoi elle ne pouvait pas accoucher par voie basse. Elle a dû être envoyée à l'hôpital le plus proche. Et c'est là que j'ai parlé aux parents. Son père a dit qu'il n'avait pas d'argent. Sa mère a dit qu'elle n'avait pas d'argent. En fait, ici, ce n'est pas ton mari qui s'occupe de toi quand tu es enceinte, ce sont tes parents. La vie de la fille est en danger. La vie du bébé est en danger. J'ai donc appelé le jeune homme qui l'avait mise enceinte. Il est venu, mais il n'avait que trois mille francs [environ 5 dollars américains]. Or, le transport jusqu'à la ville coûte vingt-cinq mille [environ 41 dollars américains], il faut louer la voiture. Je veux sauver la mère et le bébé. Et c'était un jour férié, le premier janvier, il n'y a pas de voiture. J'ai alors appelé le père de mes enfants en ville. Il a une voiture. Je lui ai dit : 'Viens. Viens m'aider.' Il est venu les chercher pour les conduire en ville. Et j'ai donné de l'argent aux parents de la fille pour les premiers soins avant qu'ils ne partent. »

Mariame, 38 ans, sage-femme

2.2.2 Devenir sage-femme : trois ans pour obtenir un diplôme

En Côte d'Ivoire, les sages-femmes sont formées pendant trois ans par l'Institut national de formation des agents de santé (INFAS) pour exercer dans des régions souvent reculées et avec une grande responsabilité personnelle. Les sages-femmes effectuent la première année de formation avec les infirmiers, puis



Des informations qui renseignent la sage-femme et les patientes au sujet de la grossesse, de l'accouchement et des complications possibles sur le mur du centre de santé.

suivent deux années de spécialisation en tant que sage-femme. Après les trois années de formation, chaque sage-femme doit s'inscrire à l'ordre des sages-femmes pour pouvoir exercer. Les établissements de formation publics ne sont souvent pas suffisamment équipés, de sorte que les futures sages-femmes reçoivent peu d'entraînement dans le domaine pratique.

« Il doit y avoir une phase pratique. Dans les centres de formation, nous avons des mannequins d'entraînement et d'autres choses. Toutefois, il faut aussi le petit matériel comme les thermomètres, les pansements ou les compresses. Nous n'obtiendrons des sages-femmes compétentes, prêtes à intervenir sur place, que dans la mesure où ces dernières ont la possibilité de s'exercer sans cesse aux soins pratiques. Car si elles ne savent pas comment cela fonctionne en pratique, elles vont sur le terrain et sont distantes, et parfois elles ont peur d'agir. Nous voyons que la différence est énorme avec des sages-femmes qui ont pratiqué. Si on ne les sollicite pas davantage dans la formation, si on ne les accompagne pas, cela va être difficile. Nous devons mobiliser toutes les ressources pour assurer la formation des sages-femmes. » Awa Diallo, sage-femme, présidente de l'association ivoirienne des sages-femmes (ASFI)

Le diplôme de sage-femme n'est pas reconnu par les universités. Ainsi, les sages-femmes de Côte d'Ivoire n'ont pas la possibilité d'acquérir une spécialisation basée sur leur formation. Cela n'est possible qu'en suivant des études de médecine supplémentaires. La profession perd ainsi régulièrement des sages-femmes au profit de la spécialisation supérieure, car elles n'exercent plus ensuite plus en tant que sages-femmes.

Awa Diallo, présidente de l'association ivoirienne des sages-femmes (ASFI), a elle-même choisi cette carrière. Sage-femme de formation, elle a suivi, en plus de sa formation de sage-femme, une spécialisation en santé publique. Elle travaille en tant que bénévole à la présidence de l'association en plus de son activité principale au sein du programme national de santé maternelle et infantile.

« Au Burkina Faso, il existe des zones reculées où les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des césariennes d'urgence. En Côte d'Ivoire, tu dois être référée pour une intervention beaucoup plus petite, car les sages-femmes ne sont pas autorisées à la pratiquer. Si les sages-femmes pouvaient acquérir des qualifications supplémentaires en soins d'urgence, au moins on n'aurait pas besoin d'un médecin. Et si le médecin est au bloc opératoire ou loin, la sage-femme serait officiellement autorisée à pratiquer l'intervention. » Awa Diallo, sage-femme, présidente de l'ASFI.

2.2.3 Un cadre peu attractif : le travail dans les zones reculées

« Bien payé ? C'est le salaire (rit). ... Eh bien, on s'en sort, on fait avec. Si tu regardais d'abord ce qu'est le salaire et que tu prenais ta décision de devenir sage-femme en fonction de cela ? Je ne pense pas que tu le ferais, parce que je pense qu'il y a des boulots qui sont bien mieux rémunérés que ce que nous faisons. Non, alors il vaudrait peut-être mieux devenir fournisseur, c'est un métier qui paie bien. Donc le salaire ne motive pas à devenir sage-femme. »

Diomande, 34 ans, sage-femme

Les sages-femmes sont employées par le gouvernement et sont donc des employées du service public. Les salaires sont payés régulièrement, mais avec un salaire de départ d'environ 200.000 francs CFA (env. 330 dollars américains) par mois reste globalement faible. La rémunération augmente avec l'ancienneté. Elle reste cependant si faible que l'association ivoirienne des sages-femmes (ASFI) l'identifie même comme une raison d'émigration des sages-femmes qualifiées. Par le passé, les syndicats et les associations d'infirmiers ont négocié avec le gouvernement une augmentation régulière, bien que modeste, des salaires pour tenir compte de l'inflation.

Les sages-femmes sont de garde 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et ont droit à deux semaines de congé par an. De nombreuses sages-femmes ont du mal à prendre leurs congés annuels. Elles se sentent personnellement engagées envers la communauté et ne veulent pas la laisser trop longtemps sans soins. Pendant leurs congés annuels, elles sont remplacées par les infirmiers du centre, qui n'ont aucune formation supplémentaire en obstétrique.

Un logement à proximité du centre de santé est mis à la disposition de la première sage-femme d'une structure. Dans les rares cas où une deuxième sage-femme est attribuée à un centre, celle-ci doit trouver et financer elle-même son logement.



La maternité du centre de santé rural.

« L'appartement est situé juste derrière le centre de santé, on est pratiquement tout le temps au travail. Il n'y a donc pas de jours de repos. Tant que tu es là, tu travailles. N'importe quelle heure, n'importe quel jour, n'importe quel temps. Tu es disponible. »
Diomande, 34 ans, sage-femme

Les sages-femmes sont affectées au centre de santé dans lequel elles travaillent par l'État. Lors de leur première affectation, elles n'ont généralement pas le droit de donner leur avis. Ce n'est qu'après quelques mois qu'elles peuvent demander une mutation dans un autre centre de santé et ont alors la possibilité d'indiquer leurs préférences. Dans ce contexte, la répartition des sages-femmes en fonction des besoins de la population n'est pas toujours assurée. L'association ivoirienne des sages-

femmes s'engage donc pour des évaluations détaillées des besoins et des primes pour travailler dans des endroits difficiles. Ainsi, le nombre de sages-femmes en Côte d'Ivoire, en principe suffisant selon les déclarations de la présidente de l'association, pourrait être utilisé de manière adéquate en fonction des besoins.

Les lieux d'intervention sont aussi variés que les régions de la Côte d'Ivoire. Dans le nord, les besoins augmentent également en raison des réfugiés de Burkina Faso, l'infrastructure y a toujours été faible et la population pauvre. Les centres de santé ou hôpitaux dans la capitale d'Abidjan ou dans d'autres régions structurellement plus fortes offrent un peu moins de charge de travail et plus de commodités et sont par conséquent plus populaires.

« Il y a des zones qui sont très isolées. Les sages-femmes que nous affectons au nord reviennent généralement immédiatement. Ensuite, j'étais récemment dans une ville du centre. Là-bas, il y a quatorze sages-femmes dans un hôpital ! Si tu es à Abidjan, tu as le même salaire que celles qui sont dans les sites difficiles. Alors pourquoi devrais-je, en tant que sage-femme, passer mon temps dans un tel centre ? Pourquoi devrais-je vivre et travailler dans des conditions aussi difficiles alors que ma collègue en ville a toutes les commodités et vit dans sa propre maison ? C'est pourquoi beaucoup demandent alors un autre lieu d'affectation. Dans le cadre de la réforme hospitalière, nous nous engageons, au sein de l'association, à ce que des primes soient mises en place pour travailler dans des zones éloignées et difficiles, afin que nous puissions également y répondre aux besoins de la population. »
Awa Diallo, sage-femme, présidente de l'ASFI.

Actuellement, la présence d'un personnel de santé qualifié dans les zones reculées dépend de la motivation intrinsèque de certaines femmes. Les sages-femmes de ces sites travaillent dans des conditions difficiles, sans prime de pénibilité, parfois en prenant des risques considérables pour leur propre sécurité et en subissant des privations personnelles. La réduction de la mortalité maternelle dépend donc en grande partie du fait que des femmes comme Mariame mettent leurs propres besoins de côté et sont prêtes à offrir des services de santé dans une communauté plus pauvre.

« Après ma formation, je voulais être affectée dans un village parce que les femmes du village souffrent beaucoup. Je souhaitais utiliser ma profession pour aider les femmes et surtout les enfants. J'ai deux enfants de dix et trois ans. Ils vivent avec ma mère, car mon logement ici, au centre de santé, n'est pas sécurisé. Il n'empêche pas les reptiles et les serpents d'entrer. »
Mariame, 38 ans, sage-femme

2.2.4 Les normes de genre et le travail des sages-femmes

Dans leur travail de sensibilisation et de fourniture de méthodes de planification familiale, les sages-femmes remettent en question les rôles et les normes de genre établis. La sensibilisation est basée sur des approches de transformation du genre et une compréhension inclusive du droit à la santé sexuelle et reproductive, comme le souligne la présidente de l'association des sages-femmes ivoiriennes.

« Le droit à la santé reproductive et sexuelle est l'une des conditions préalables à la fourniture de soins de santé. Toute personne a le droit d'être informée sur sa santé sexuelle. Elle a le droit d'accéder aux soins de santé sexuelle. C'est ce que nous disons souvent aux sages-femmes, et c'est pourquoi nous insistons autant sur la communication. Lorsque nous organisons nos séances de sensibilisation dans la communauté, c'est pour faire savoir aux femmes qu'elles ont droit à la santé. Même si elles sont mariées, car chez nous ici, c'est toujours plus l'homme qui décide de la santé de sa femme. Mais si les femmes ont accès aux soins médicaux, elles peuvent décider librement de leur santé sexuelle, savoir quand elles veulent avoir un enfant ou non, si elles ont des infections ou non. Et elles peuvent mieux se connaître elles-mêmes. Cela leur permettra également d'entreprendre des activités de manière autonome, sans le consentement de leur mari. »
Awa Diallo, sage-femme, présidente de l'ASFI

Planning familial : les sages-femmes sensibilisent

Le nombre moyen de naissances par femme en Côte d'Ivoire est de 4,3 enfants. 21 pour cent de toutes les femmes et 26 pour cent des femmes mariées n'ont aucun accès aux méthodes de contraception. La couverture des besoins en méthodes modernes de planification familiale n'est que de 48 pour cent chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, ce qui est relativement faible.⁸³ Le conseil et la fourniture de services de planification familiale sont l'un des domaines d'intervention des sages-femmes en

83 UNFPA (2023): UNFPA Côte d'Ivoire.

Côte d'Ivoire. Pour permettre à tous d'accéder à la planification familiale et à la santé sexuelle, les sages-femmes doivent agir de manière sensible et inclusive et lutter contre les préjugés chez elles-mêmes et chez les autres.

« Il ne faut pas avoir de préjugés sur les personnes qui veulent avoir des relations sexuelles. Peu importe leur âge ou leur handicap. Nous devons les accompagner et les orienter. Nous ne devons pas les juger. »

Mariette, sage-femme

Le taux élevé de grossesses précoces est un défi particulier. En Côte d'Ivoire, une femme sur quatre a son premier enfant avant l'âge de 18 ans.⁸⁴ Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont l'une des principales causes de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Les complications pour la mère et l'enfant sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes filles de moins de 20 ans enceintes, car le corps des futures mères n'est pas encore suffisamment préparé à la grossesse.⁸⁵ Les grossesses précoces en Côte d'Ivoire sont en partie dues au mariage précoce des filles : 27 pour cent des filles sont mariées avant leurs 18 ans, bien que cela soit interdit par la loi. Sept pour cent d'entre elles sont mariées avant l'âge de 15 ans. Les chiffres sont nettement plus élevés dans les régions rurales que dans les centres urbains et jusqu'à 52 pour cent dans le nord que dans le sud. Ce sont surtout les femmes issues de familles pauvres et peu instruites qui sont mariées tôt. Les mariages et les grossesses précoces déclenchent souvent un cycle de privation et d'impuissance des filles. Les filles qui tombent enceintes tôt abandonnent généralement l'école et sont ainsi privées de la possibilité d'acquérir une plus grande éducation et d'avoir de meilleures opportunités économiques.⁸⁶

La loi ivoirienne exige le consentement de l'un des parents pour l'administration de méthodes contraceptives aux jeunes de moins de 18 ans. Cependant, compte tenu du nombre élevé de grossesses précoces, les sages-femmes prennent généralement une décision pragma-

tique et conseillent les adolescentes même sans leurs parents.

« Cela ne nous dérange pas, nous les sages-femmes, que les jeunes viennent sans leurs parents. Nous les recevons tout de même. Parce que cela nous permet aussi d'éviter des grossesses non désirées. Car si tu ne tiens pas compte des souhaits de l'adolescente, elle viendra demain avec une grossesse. Et elle te demandera alors éventuellement de pratiquer un avortement pour elle ; mais c'est strictement interdit. Il vaut donc mieux leur parler des méthodes de contraception pour qu'elles soient plus libres. »

Diomande, 34 ans, sage-femme

En Côte d'Ivoire, un regroupement d'organisations de la société civile s'engage pour l'adoption d'une nouvelle loi sur la santé et les droits sexuels et reproductifs, qui rendrait les méthodes contraceptives accessibles aux jeunes à partir de 15 ans. Jusqu'à présent, la loi n'a pas été adoptée par le Parlement, principalement parce qu'elle vise également à légaliser les avortements. Une modification juridique est surtout nécessaire pour la protection des sages-femmes.

« Le personnel du secteur de la santé ne sont pas en sécurité ! Chaque fois qu'elles donnent des contraceptifs à des jeunes, elles risquent d'être criminalisées. »

Marie-Paule Yao, responsable du plaidoyer, CARE Côte d'Ivoire.

Les femmes dans le système de santé : rôles de genre et auto-organisation des sages-femmes

Les sages-femmes sont confrontées à des rôles stéréotypés de genre et à des normes négatives et restrictives, et pas seulement chez leurs patientes. Elles-mêmes, en tant que femmes, vivent dans un système patriarcal. Cela influence leurs possibilités de décision et limite leurs options à certains égards.

Dans le centre de santé, ce sont souvent les infirmiers (généralement des hommes) qui

84 Le taux de grossesses précoces en Côte d'Ivoire est de 119 sur 1 000 femmes, soit plus du double de la moyenne mondiale (50). Girls not Brides (2023): Côte d'Ivoire.

85 UNICEF (2022): [Early Childbearing](#).

86 Girls not Brides, 2023.



Diomande erklärt Familienplanungsmethoden.

assument la fonction de chef de service. Cette position implique de communiquer les besoins du centre en termes d'équipement et de médicaments au niveau du district et revient normalement à la personne la plus ancienne. Les sages-femmes refusent généralement ce poste.

« La sage-femme peut également être chef de service. Mais elle n'accepte généralement pas cette offre. Parce que c'est beaucoup, beaucoup de travail. Et ici, il n'y a pas de véhicules de transport pour aller en ville. Il faut donc se déplacer en moto. Pour une femme, c'est difficile si la route n'est pas très bonne. Alors on le donne aux hommes. »

Syntiche, sage-femme

La collaboration avec les infirmiers dans les centres est généralement bonne. Les deux groupes professionnels, qui passent leur première année de formation ensemble, ont la même grille salariale, les mêmes lieux d'intervention et donc, à bien des égards, des défis et des intérêts similaires. Les associations professionnelles respectives collaborent de manière solidaire. Cependant, selon la présidente de l'association des sages-femmes, l'association professionnelle des infirmiers adopte généralement une position plus forte vis-à-vis du gouvernement et défend ses positions avec plus de véhémence que l'association des sages-femmes. Là encore, les normes de genre, entre autres, jouent un rôle, car les infirmiers, qui sont pour la plupart des hommes, estiment qu'ils leur incombent de prendre soin de leurs familles.

« Les infirmiers nous aident beaucoup quand ils font grève. Ils reçoivent le même salaire. Nous combattons ensemble, mais ils sont plus forts dans la lutte. Et nous les suivons. Ce sont des hommes. Ils sont confrontés à des dépenses. En tant que sage-femme, en tant que femme, tu as peut-être quelqu'un qui peut te nourrir. Tu ne penses pas que c'est si urgent. Cependant, à la fin du mois, l'homme doit payer ses factures, il doit payer ceci et cela. Donc les infirmiers doivent être plus exigeantes. Et quand ils revendiquent, c'est une coalition que nous formons. Le syndicat des sages-femmes et le syndicat des infirmiers. »

Awa Diallo, sage-femme, présidente de l'ASFI

L'auto-organisation des sages-femmes est généralement forte : l'association des sages-femmes ivoiriennes (ASFI), qui existe depuis 25 ans, compte parmi ses missions essentielles la valorisation de la profession de sage-femme et l'amélioration de la qualité des services de la SSRMNA à la population.⁸⁷

« Nous transmettons les normes et les procédures à tout le monde. L'État le fait aussi, mais ce n'est pas diffusé aussi largement et s'il y a des problèmes, on dit que tu n'as pas respecté cela et alors tu es sanctionné ou suspendu. Il ne faut pas en arriver là. »

Awa Diallo, sage-femme, présidente de l'ASFI

87 ASFI, 2023.

L'ASFI organise périodiquement des formations et d'autres activités pour les sages-femmes, qui leur permettent de se mettre en réseau et d'échanger leurs expériences. Au niveau national, elle soutient le plan national de développement sanitaire et les échanges avec d'autres personnels de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents, notamment les gynécologues. Depuis quelques années, l'ASFI en Côte d'Ivoire est également organisée au niveau des districts. Ces associations régionales sont un lieu important de mise en réseau pour les sages-femmes qui, sinon, travaillent principalement en solitaire.

2.2.5 Conditions difficiles : travailler sans infrastructure de base

De nombreux centres de santé en Côte d'Ivoire ne disposent pas d'infrastructures de base. En 2017, 45 pour cent des structures de santé primaires et secondaires n'avaient pas d'électricité et 35 pour cent n'avaient pas d'eau.⁸⁸ Les sages-femmes exercent ainsi leur activité dans des conditions difficiles. Le manque d'accès à l'eau potable, notamment, représente une charge de travail supplémentaire. Le personnel de santé est tributaire du soutien de la communauté ou doit aller chercher de l'eau dans des points d'eau parfois éloignés de plusieurs kilomètres. Le manque d'eau est également un problème majeur pour le respect des normes d'hygiène et la stérilisation des appareils médicaux.

« Nous avons souvent un problème d'électricité. Alors, oui, tous les deux jours, tu peux être en plein accouchement et tout à coup, il n'y a plus de courant. Donc quand je reçois une femme, je mets ma lampe frontale directement. Et puis quand il n'y a plus de courant, je peux quand même continuer à faire mes accouchements, mais ce n'est pas évident. »
Mariame, 38 ans, sage-femme

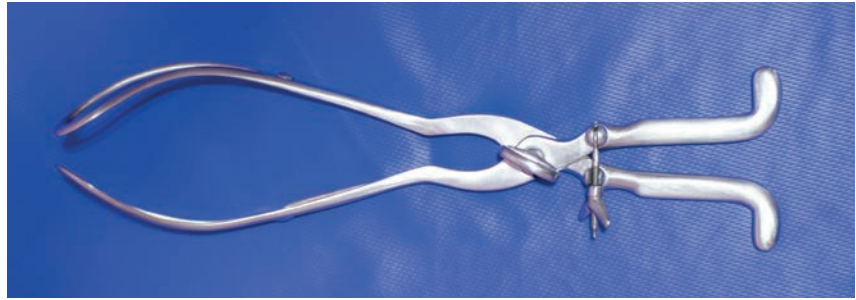
L'État ivoirien a standardisé la manière dont les centres de santé doivent être organisés, ainsi que les locaux et les équipements associés. Diomande travaille dans un centre de santé construit selon ces normes. Les deux bâtiments de la maternité sont regroupés autour d'une cour intérieure. Dans la salle d'accouchement, il y a deux boîtes d'accouchement, ce qui permet à deux femmes d'accoucher en même temps sur des tables d'accouchement. Il y a également une salle séparée où Diomande effectue les examens pré et postnataux et donne des conseils sur le planning familial. De l'autre côté de la cour se trouve une pièce avec quatre lits qui sert de maternité pour les mères et leurs nouveau-nés.

Il existe cependant aussi des centres de santé, comme celui de Mariame. Des membres aisés de la communauté ont construit ce centre de santé de leur propre initiative, car la salle d'accouchement la plus proche était à 45 kilomètres. Les normes gouvernementales n'ont pas été respectées lors de la construction et la commune n'a pas les moyens de les rénover. Mariame ne dispose que d'une table d'accouchement dans la salle d'accouchement et, lorsqu'une deuxième femme accouche en même temps, elle doit la transférer dans sa salle de consultation. Il est très difficile de consulter ou d'accoucher en respectant l'intimité, car la salle de consultation n'a pas de porte qui ferme à clé.

« Nous faisons des miracles en Afrique. Tu vois dans quelles conditions on est censé prévenir les infections dans les hôpitaux ? Ici, au centre de santé, on utilise des cartons pour fermer la fenêtre, il y a une seule table d'accouchement non réglable, le sol n'est pas carrelé. Tout cela ne répond pas aux normes d'hygiène. Même les murs sont en très mauvais état. »

Ndri Yao, CARE Côte d'Ivoire

88 Banque Mondiale, 2020.



Une partie des instruments avec lesquels les sages-femmes travaillent dans les zones rurales de Côte d'Ivoire. Parmi eux, une lampe frontale pour pouvoir continuer à travailler en cas de coupure de courant.

2.2.6 Soins gratuits : attentes envers les sages-femmes

« Mes mains avec lesquelles je les soigne sont gratuites, mais les médicaments qu'elles doivent prendre coûtent de l'argent. Beaucoup de femmes ne peuvent pas se le permettre. »
Mariame, 38 ans, sage-femme

Les services des sages-femmes sont gratuits pour les patientes. Chaque Ivoirienne a donc droit à des soins prénataux et postnataux gratuits ainsi qu'à un service d'obstétrique dans le système de santé public. Officiellement, les échographies prénatales et les examens de laboratoire, les consultations prénatales, l'accouchement dans les établissements de santé, les césariennes et la fourniture de matériel d'accouchement font partie des services gratuits en Côte d'Ivoire.⁸⁹ Cependant, comme peu de centres de santé ruraux disposent de l'équipement nécessaire, les échographies, par exemple, doivent être effectuées dans des cliniques privées urbaines. Les femmes doivent

payer de leur poche les prestations qui y sont fournies ainsi que le transport.

L'État promet également de mettre gratuitement à disposition des kits de naissance (gants stériles, compresses, savon pour bébé, etc.) pour chaque accouchement. Afin de convaincre davantage de femmes des avantages d'un accouchement accompagné dans un centre de santé, l'État en fait la promotion dans tout le pays par le biais de campagnes. La réalité dans les centres de santé est souvent différente en raison de l'irrégularité des livraisons. Il arrive fréquemment que les kits soient en nombre insuffisant et incomplets. Les sages-femmes manquent alors de matériel pour pouvoir s'occuper des femmes et des nouveau-nés pendant et après l'accouchement. En tant que représentantes du système de santé public et seules professionnelles sur place, les sages-femmes sont parfois exposées aux agressions et à la violence lorsque les familles ne reçoivent pas le kit d'accouchement promis par l'État parce que le centre de santé n'en a plus en stock.

⁸⁹ Banque Mondiale, 2020.



Une femme avec un enfant devant le service de maternité du centre de santé Fari M'babo en Côte d'Ivoire.

« Actuellement, on parle toujours de la gratuité des soins de santé. Oui, c'est gratuit, mais les kits sont-ils toujours disponibles partout ? Et s'il n'y en a pas, que fait-on ? Que peut faire la sage-femme s'il n'y en a pas ? S'il n'y a pas de fils pour recoudre après une déchirure du périnée, que fait-elle ? Si c'est en ville, c'est facile, tu fais une ordonnance et ensuite les patientes peuvent l'acheter. Mais nous parlons ici du travail au village, il n'y a pas non plus de pharmacie à des kilomètres à la ronde. »

Awa Diallo, sage-femme, présidente de l'ASF.

Le plus grand besoin identifié par les sages-femmes est donc le matériel médical et les médicaments mis à disposition. Cela vaut également pour le domaine de la planification familiale. Les moyens de contraception sont souvent trop chers pour la population rurale, qui vit principalement de l'agriculture ou d'emplois à bas salaires. Les femmes, en particulier, ont peu d'argent à leur disposition. Cer-

taines femmes évitent donc de se rendre dans les établissements de santé par crainte de coûts imprévisibles et non anticipés. En Côte d'Ivoire, la santé maternelle dépend donc fortement des caractéristiques socio-économiques.⁹⁰

« Et lorsque les femmes se présentent, elles veulent tout avoir gratuitement. Pourtant, nous n'avons pas obtenu les médicaments gratuitement et c'est bien là mon gros problème ici. Mais je traite beaucoup de femmes ici gratuitement et je paie les médicaments avec mon propre argent. Il y a quelques femmes qui ne viennent me voir que lorsqu'elles sont déjà enceintes de six mois. Elles ne viennent pas au centre de santé parce qu'elles n'ont pas d'argent, alors je passe chez elles et je leur parle pour les convaincre. Ce n'est pas tout le monde, mais un grand nombre. Cela me fatigue beaucoup. »

Mariame, 38 ans, sage-femme

90 Banque Mondiale, 2020.

2.2.7 Projet CARE : transformation des rôles de genre par l'approche d'analyse et d'action sociales (AAS)

Dans le contexte décrit, CARE a travaillé dans le cadre d'un projet des droits et santé sexuels et reproductifs dans la région de Gbêkê, au centre de la Côte d'Ivoire.⁹¹ L'objectif du projet était de faciliter l'accès aux droits et aux services de santé sexuels et reproductifs pour les femmes et les adolescentes. Un accent particulier a été mis sur les jeunes handicapées. Il s'agissait en particulier d'améliorer les offres d'éducation sexuelle complète adaptées au genre et aux jeunes ainsi que les services de santé sexuelle et reproductive dans la région de Gbêkê et d'augmenter ainsi leur utilisation. Pour ce faire, des mesures ont été prises pour améliorer l'accès des femmes et des jeunes aux informations et aux méthodes contraceptives. Cela s'est fait notamment par le renforcement des capacités des sages-femmes et des agents de santé communautaires bénévoles, ainsi que par la collaboration avec les autorités communautaires et les organisations de jeunes.

Dans le même temps, la durabilité devait être atteinte en renforçant de manière ciblée l'engagement du gouvernement et de la société civile autour du thème des DSSR. L'accent a été mis sur le changement de comportement social au sein des communes. L'amélioration des connaissances et des compétences des femmes et des hommes a contribué à ce que les décisions concernant la sexualité et le planning familial soient prises de manière plus libre, individuelle et informée. CARE a travaillé avec deux approches de programme établies : la *Community Score Card* (CSC) et l'analyse et action sociales (AAS).⁹²

La *Community Score Card* est une approche de la responsabilisation orientée vers les citoyens. Elle permet aux membres de la communauté, aux prestataires de soins de santé et aux représentants du gouvernement d'identifier ensemble les entraves à la qualité des soins

de santé et à l'équité et de développer des approches pour les surmonter.⁹³

L'analyse et l'action sociales est une approche participative de réflexion et de dialogue visant à explorer et à remettre en question les facteurs sociaux qui ont un impact négatif sur la vie et le bien-être individuels. L'objectif est de promouvoir un environnement plus équitable entre les sexes et de remettre en question et de transformer les normes et les stéréotypes négatifs liés au genre. L'AAS intègre un processus continu de réflexion et de dialogue animé permettant aux communautés d'explorer, de remettre en question et de modifier les normes, croyances et pratiques sociales relatives au genre et au pouvoir.⁹⁴

Les campagnes de sensibilisation se sont concentrées sur le taux très élevé de grossesses précoces. Elles ont été menées par des représentants des jeunes, des organisations de femmes et, en particulier, des agents de santé communautaires et des sages-femmes.

« Le travail d'information que nous avons effectué a permis de briser les barrières. Qu'ils soient garçons ou filles, au début, ils avaient honte de venir au centre. Ils pensaient 'si je venais à l'hôpital, je rencontrerais un membre de ma famille. Ils diront à mes parents que j'ai un petit ami ou une petite amie.' Ils avaient Et il y avait aussi cette honte de se renseigner pour obtenir des informations sur les différentes activités du centre de santé, notamment sur le planning familial. Grâce aux activités d'information, nous avons pu briser cette barrière. La honte a été levée. »

Diomande, 34 ans, sage-femme

Les sages-femmes, l'administration sanitaire du district, la communauté et même les jeunes eux-mêmes soulignent le changement positif déclenché par les activités d'éducation. Les grossesses précoces ont drastiquement diminué dans la zone couverte par le projet. Le travail d'information a été accompagné par le

91 Le projet ENSEMBLE « Education Nécessaire à la Santé Sexuelle et Reproductive Equitable pour devenir Maître de son Bien-être et Libre de ses choix » a été mis en œuvre en Côte d'Ivoire de février 2020 à juin 2023 par Humanité & Inclusion, CARE et RAES avec le financement d'Affaires Globales Canada. CARE a travaillé dans douze localités du département de Béoumi, en collaboration avec le district sanitaire de Béoumi en tant que partenaire central.

92 CARE (2020) : *Technical guidance for pairing CARE's Community Score Card & Social Analysis and Action approaches*.

93 CARE (2023b) : *Community Score Card* (CSC).

94 CARE (2023c) : *Social Analysis and Action* (SAA).

subventionnement de méthodes contraceptives. Les contraceptifs gratuits ont été bien acceptés et ont contribué au succès des activités.

Tandis que les connaissances transmises lors des formations continues ont un effet positif durable sur la capacité de travail des sages-femmes et sur l'impact de leur travail, le subventionnement des contraceptifs, qui prend également fin à la fin du projet, met en évidence la problématique structurelle. La Côte d'Ivoire est l'un des pays qui se sont engagés à accélérer l'utilisation des services de planification familiale dans le cadre du programme

de planification familiale 2020 (FP2020). Cependant, les ressources financières allouées à cet effet restent faibles.⁹⁵

« Lorsque le projet arrivera à son terme, ce sera difficile. Surtout en ce qui concerne les méthodes de contraception. La sensibilisation, oui, nous pouvons le faire. Les méthodes contraceptives eux-mêmes, ce sera le problème. Parce que la sensibilisation, nous la faisons déjà et nous continuons à la faire. Mais si nous faisons de la sensibilisation et que les produits ne sont pas là, ça va être un problème. »

Diomande, 34 ans, sage-femme

Résultats des activités de sensibilisation du projet

98 %

des personnes interviewées connaissaient au moins trois bonnes pratiques en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs à la fin du projet.

74 %

des adolescentes interviewées (âgées de 15 à 19 ans) ont cité comme bonne pratique le fait de parler de contraception à leur partenaire (augmentation de 64 %).

70 %

des personnes interviewées ont utilisé un moyen de contraception pour éviter une grossesse. Cela correspond à une multiplication par trois par rapport au chiffre initial.

47 %

de grossesses d'adolescentes en moins dans la zone du projet.

95 Banque Mondiale, 2020.

3

Résumé et exigences

Les sages-femmes sont des actrices clés de la mise en œuvre des droits et de la santé sexuels et reproductifs. La présente étude a montré que si cela est avéré en temps de paix, cela devient d'autant plus important dans les contextes fragiles et les crises. Grâce à leur engagement sans relâche et à leur contact direct avec la population, les sages-femmes, en tant qu'agents de santé de première ligne, contribuent de manière significative à réduire la mortalité maternelle et néonatale. Elles veillent à ce que les groupes particulièrement marginalisés aient également accès aux soins de santé et, par l'éducation, elles aident les femmes et les jeunes à disposer d'un plus grand pouvoir de décision quant à leur propre corps.

En tant qu'uniques professionnelles de SSR-MNA dans la région, les sages-femmes compensent le manque d'équipement et la pauvreté de la population par un engagement qui va bien au-delà de leur description professionnelle : les sages-femmes des régions défavorisées et des contextes de crise sont souvent confrontées à la décision de payer elles-mêmes les médicaments ou le transport ou d'abandonner la femme concernée à son sort. Pour toutes les sages-femmes interviewées, ce choix était clair, elles ont investi leurs propres moyens. Cela est également étroitement lié à la motivation de leur choix professionnel : Sauver des vies et aider les gens.

Les sages-femmes compensent de nombreux problèmes structurels en assumant la responsabilité de situations pour lesquelles elles ne sont ni formées ni autorisées. : les accouchements, pour lesquels aucun médecin n'est disponible, même en cas de complications, ou encore les transferts sans moyens de transport appropriés, les placent devant des décisions difficiles. Dans les contextes étudiés, les systèmes de santé nationaux offrent trop peu de soutien en matière de formation pratique, de formation continue et de possibilités de spécialisation d'une part. D'autre part, le potentiel existant est limité par les restrictions légales des compétences des sages-femmes.

Les exemples de l'Irak et de la Côte d'Ivoire illustrent les risques et les privations que prennent les femmes dans des contextes fragiles pour exercer la profession de sage-femme. Ils illustrent également les barrières systémiques auxquelles les femmes sages-femmes sont confrontées dans le système de santé et les moyens individuels qu'elles trouvent pour les surmonter. Ces mécanismes d'adaptation présentent des similitudes entre la Côte d'Ivoire et l'Irak : un engagement personnel important, y compris le fait de mettre ses propres besoins de côté, le dépassement des tâches légalement autorisées pour le bien de la femme traitée, ou encore une conception de la profession qui, au-delà de la prise en charge physique des femmes, inclut également une composante psychosociale.

Les récits de Diomande, Diyana et de leurs collègues en Côte d'Ivoire et en Irak montrent clairement quels changements structurels doivent avoir lieu dans la société et dans le système de santé public, et comment ces chan-

gements peuvent être soutenus par le travail de projet. Pour que les sages-femmes puissent réaliser leur plein potentiel en tant qu'actrices du changement, des ajustements à différents niveaux sont recommandés :⁹⁶



Les conditions-cadres :

- La responsabilité des sages-femmes envers leurs communautés doit transparaitre dans une rémunération équitable et de meilleures conditions de travail. Pour garantir une répartition des sages-femmes en fonction des besoins, l'intervention dans des zones reculées et des contextes où la sécurité est volatile doit être rémunérée par des indemnités appropriées.
- La formation initiale, continue et post-graduée des sages-femmes doit être suffisamment dotée et davantage axée sur la pratique. Cela inclut une formation qui permette aux sages-femmes de fournir des soins d'urgence de manière autonome lorsqu'aucun médecin n'est disponible. De même, la formation des sages-femmes doit les préparer à relever des défis particuliers en cas de crise, par exemple pour apporter un soutien psychosocial à des patients traumatisés. La formation continue doit être obligatoire et accessible à toutes les sages-femmes en vue d'améliorer constamment leur travail et de s'assurer qu'elles disposent des connaissances les plus récentes. Pour répondre aux besoins en sages-femmes, il faut former davantage de sages-femmes.
- Le cadre juridique qui régit l'activité des sages-femmes doit être adapté aux contextes dans lesquels elles travaillent. Les sages-femmes qui travaillent dans des régions reculées, des contextes fragiles et des situations d'urgence humanitaire, même sans le soutien direct de médecins, doivent bénéficier d'une formation continue ciblée et d'une protection juridique. Une formation complémentaire dans le domaine des soins obstétricaux d'urgence ou des spécialisations dans le domaine de la médecine d'urgence sont obligatoires.
- Des compétences approfondies en matière de planification familiale, tant en matière de sensibilisation que d'administration de contraceptifs, sont essentielles pour exploiter le potentiel des sages-femmes en matière de santé et de droits sexuels. Leur position dans la communauté et leur champ d'action médico-social les prédisposent à jouer un rôle de premier plan dans la transformation des rôles genre néfastes et l'accès aux DSSR.

⁹⁶ Les recommandations suivantes sont influencées par les besoins et demandes exprimés par les sages-femmes interviewées, l'Association des sages-femmes ivoiriennes (ASFI) et les demandes de l'UNFPA, de l'OMS et de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM). Ils s'inspirent également du rapport « L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 », qui appelle à des investissements dans quatre domaines : (i) la planification, la gestion et la réglementation du personnel de santé ainsi que l'environnement de travail, (ii) une formation initiale et continue de qualité pour les sages-femmes, (iii) des améliorations dirigées par les sages-femmes dans la prestation de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents par les sages-femmes et (iv) le renforcement du leadership et de la représentation des sages-femmes.

- Les centres de santé, les salles d'accouchement et les maternités doivent être équipés de manière adéquate et en fonction des besoins en matériel médical. Les infrastructures de base telles que l'eau et l'électricité, ainsi que les transports sanitaires pour les références et au moins les examens de laboratoire de base doivent être garantis.
- La disponibilité permanente de produits de première nécessité, de médicaments et de contraceptifs doit être garantie. Les produits nécessaires aux soins de base des femmes pendant l'accouchement doivent être disponibles gratuitement. Les méthodes de planification familiale et les contraceptifs doivent être disponibles en permanence et à un prix abordable, afin de pouvoir répondre aux besoins accrus par le travail d'information des sages-femmes.
- Les sages-femmes doivent être impliquées de manière significative à tous les niveaux du système de santé, dans l'élaboration des conditions générales de leur profession et dans la prévention et la réaction aux crises. Pour cela, il est important de dynamiser les associations de sages-femmes, grâce auxquelles les sages-femmes peuvent elles-mêmes défendre leurs intérêts d'une voix forte. En cas de crise humanitaire, les sages-femmes doivent être impliquées dans la réponse à la crise, car elles sont souvent les mieux placées pour connaître les besoins existants en raison de leur statut unique dans la communauté.

Domaine des programmes :

- Le potentiel des sages-femmes en tant qu'actrices du changement doit être développé et mieux exploité en soutenant les associations de sages-femmes et en mettant l'accent sur la mise en réseau et le plaidoyer des sages-femmes pour améliorer leur position en tant que agents de santé de première ligne (ASPL) dans le système de santé.
- Les programmes DSSR doivent s'appuyer sur des analyses intersectionnelles solides en matière de genre, dans l'élaboration desquelles les sages-femmes devraient être étroitement impliquées. C'est la seule façon

de s'assurer que l'accès à la santé sexuelle et reproductive et la réalisation des droits connexes sont encouragés, y compris pour les membres les plus vulnérables de la société.

- Des projets axés sur la formation et le renforcement des sages-femmes dans le domaine de la planification familiale doivent être suffisants. Les exemples de la Côte d'Ivoire et de l'Irak ont montré que cela permettait d'obtenir des résultats directs (comme la réduction des grossesses précoces) et un changement durable (les sages-femmes étant des multiplicateurs d'approches transformative du genre).
- La conception des projets devrait toujours inclure des approches visant à améliorer l'équipement et l'approvisionnement des établissements de santé, notamment en médicaments et en méthodes contraceptives. Cependant, ils doivent également développer une stratégie de sortie qui vise la durabilité.

Bailleurs :

- Les pays bailleurs de fonds devraient, surtout dans le contexte d'une politique étrangère et de développement féministe, s'engager explicitement au niveau international pour la reconnaissance et la valorisation du rôle exposé et exigeant des agents de la santé en première ligne (ASPL), et en particulier des sages-femmes. Les sages-femmes représentent une grande partie des ASPL, généralement des femmes, dans des systèmes de santé patriarcaux.
- Les bailleurs de fonds doivent garantir un financement durable et à long terme dans le domaine des droits et de la santé sexuels et reproductifs (DSSR), y compris le planning familial et le renforcement des agents de la santé de première ligne (ASPL), et focaliser leur soutien en particulier sur les causes structurelles. Dans ce contexte, il est essentiel de renforcer la position des sages-femmes et d'améliorer leurs conditions de travail, mais aussi d'investir dans l'accès aux contraceptifs, dans les services de santé maternelle et prénatale et dans l'accès des

jeunes aux services et aux informations sur la santé sexuelle et reproductive.

- Les sages-femmes doivent être soutenues au niveau politique et financier pour défendre leurs droits et leurs positions, afin de garantir que leurs points de vue importants soient entendus lors de la prise de décisions.
- Un financement tôt et à long terme des droits et de la santé sexuels et reproductifs (DSSR) en cas de crise est nécessaire, étant donné que les normes et pratiques sociales néfastes ont tendance à s'intensifier en cas de crise et de conflit, ce qui augmente les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.

- Dans le contexte de crises plus fréquentes et plus longues, les bailleurs de fonds doivent également mettre à disposition un financement adéquat, transparent et fiable pour les approches qui peuvent soutenir les sages-femmes dans le sens d'une approche nexus. Il s'agit par exemple de la formation et de l'implication des sages-femmes dans la préparation aux crises, du travail direct avec les sages-femmes dans la fourniture des dispositifs minimum d'urgence (DMU) [Minimum Initial Service Package (MISP)] dans la réponse aux crises et du renforcement des sages-femmes en tant que partie intégrante de soins de santé durables et inclusifs dans la phase de stabilisation et d'après-conflit.

Panneaux d'affichage au centre de santé en Côte d'Ivoire pour informer sur les moyens de contraception disponibles.



Bibliographie

- ASFI (2023)** : [Association de Sages Femmes Ivoiriennes \(ASFI\)](#) (consulté le 11.10.2023).
- Banque Mondiale (2020)** : [Health Systems Assessment for Côte d'Ivoire. Accelerating Reforms Toward Universal Health Coverage.](#)
- BMZ (Ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement) (2023)** : [Politique de développement féministe. Pour des sociétés justes et fortes dans le monde entier.](#)
- CARE (2020)** : [Technical guidance for pairing CARE's Community Score Card & Social Analysis and Action approaches.](#)
- CARE (2021)** : [Health Impact Area Strategy – Vision 2030.](#)
- CARE (2023a)** : [Gender Equality Framework. CARE's Theory of Change for Achieving Gender Equality.](#)
- CARE (2023b)** : [Community Score Card® \(CSC\).](#)
- CARE (2023c)** : [Social Analysis and Action \(SAA\).](#)
- Chefs d'État et de gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (2001)** : [Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related infectious diseases.](#)
- Commission Guttman-Lancet sur la santé et les droits reproductifs et sexuels (2021)** : [Accélérer le progrès : santé et droits sexuels et reproductifs pour tous – Résumé.](#)
- Donor Tracker (2023)** : [Germany / Global Health](#) (consulté le 18.10.2023).
- DSW (Fondation allemande pour la population mondiale) (2023)** : [Donors Delivering for SRHR, Report 2023.](#)
- Girls not Brides (2023)** : [Côte d'Ivoire.](#)
- Guttman Institute (2023)** : [Profil de pays. Côte d'Ivoire.](#)
- ICM (International Confederation of Midwives) (2014)** : [Role of the Midwife in Disaster/Emergency Preparedness.](#)
- Ministère fédéral des Affaires étrangères (2020)** : [Strategie des Auswärtigen Amtes zur humanitären Hilfe im Bereich Gesundheit \(2020-2025\).](#)
- Ministère fédéral des Affaires étrangères (2023)** : [Shaping Feminist Foreign Policy. Federal Foreign Office Guidelines.](#)
- Naqshbandi, P. S.; Karim, M. A. et Qadir, D. O. (2019)** : [A qualitative Study of the Recent Midwifery Graduates' lived Experiences During Transition Period.](#) International Journal of Medical Investigation.
- OMS (2018)** : [Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception.](#)
- OMS (2021)** : [Global expenditure on Health: Public spending on the rise?](#)
- OMS (2022a)** : [The gender pay gap in the health and care sector a global analysis in the time of COVID-19.](#)
- OMS (2022b)** : [Global expenditure on health. Rising to the pandemic's challenges.](#)
- OMS (2022c)** : [Global Health Observatory Data Repository. Iraq.](#)
- OMS (2023a): Mortalité Maternelle** (consulté le 17.10.2023).
- OMS (2023b)** : [Domestic general government health expenditure \(GGHE-D\) as percentage of general government expenditure \(GGE\) \(%\). Data by country](#) (consulté le 18.10.2023).
- OMS (2023c)** : [Global Abortion Policies](#) (consulté le 19.10.2023).
- OMS Bureau régionale pour la Méditerranée orientale (2018)** : [Iraq: Health Systems Profile.](#)
- OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale et United Nations Populations Division (2019)** : [Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.](#)
- Organisation internationale pour les migrations (2023)** : [Displacement Tracking Matrix. Iraq](#) (consulté le 18.10.2023).
- Strupat, C.; Balasubramanian, P.; Srigiri, S. et Hornidge, A.-K. (2023)** : [Health Financing in Times of Multiple Crises: Analysis and Recommendation.](#)
- The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2020)** : [Funding for sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: threats, outlook and opportunities.](#)
- The Sphere Project (2018)** : [Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response.](#)
- UNDP (2023)** : [Human Development Index \(HDI\).](#)
- UNFPA** : [Explainer: What is the ICPD and why does it matter?](#) (consulté le 20.09.2023).
- UNFPA (2014)** : [The State of the World's Midwifery 2014. Iraq.](#)
- UNFPA (2021)** : [Developing networks of health facilities for improving access to functioning emergency obstetric care at national scale: country experience in sub-Saharan Africa.](#)
- UNFPA (2022)** : [The state of the Midwifery Workforce in the Arab Region.](#)
- UNFPA (2023)** : [UNFPA Côte d'Ivoire](#) (consulté le 19.10.2023).
- UNFPA, DSW (2023)** : [État de la population mondiale 2023 : Huit milliards d'humains. Un horizon infini de possibilités. Défendre les droits et la liberté de choix.](#)
- UNFPA et République d'Irak, ministère de la santé (2020)** : [National Birth Spacing & Family Planning Strategy \(2021 – 2025\).](#)
- UNFPA, OMS et ICM (2021a)** : [L'Etat de la pratique de sage-femme dans le monde 2021.](#)
- UNFPA, OMS et ICM (2021b)** : [The State of the World's Midwifery, Country Profile Iraq.](#)
- UNFPA, OMS et ICM (2021c)** : [The State of the World's Midwifery, 2021. Country Profile Côte d'Ivoire.](#)
- UNFPA, OMS et groupe de travail interagences sur les liens entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH (2021)** : [Sexual and Reproductive Health and Rights Infographic Snapshot. Irak 2021.](#)
- UNHCR (2023)** : [Côte d'Ivoire](#) (consulté le 19.10.2023).
- UNICEF (2018)** : [UNICEF Data. Iraq](#) (consulté le 18.10.2023).
- UNICEF (2022)** : [Early Childbearing](#) (consulté le 19.10.2023).