



L'état de la pratique de sage-femme

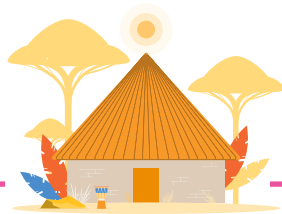
PROJET SWEDD

AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE



LA BANQUE MONDIALE
BIRD • IDA





Il est essentiel d'investir en faveur des sages-femmes afin d'améliorer la santé maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre. En dépit des progrès réalisés à l'échelle mondiale, l'Afrique de l'Ouest et du Centre continue de faire face à une pénurie critique de main-d'œuvre, avec en moyenne **moins de 10 sages-femmes pour 10 000 habitants**, un chiffre bien inférieur au seuil recommandé par l'**Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui est fixé à 44,5 sages-femmes pour 10 000 habitants**.

Le rapport sur *l'état de la pratique de sage-femme en Afrique de l'Ouest et du Centre*, qui couvre 23 pays, offre une analyse complète de la répartition des sages-femmes, de leur

formation, de la réglementation encadrant l'exercice de leur profession et des services qu'elles fournissent.

La présente note d'information expose les principales conclusions formulées, les défis urgents identifiés et les bonnes pratiques relevées dans cette analyse, en mettant l'accent sur les pays du projet Autonomisation des femmes et dividende démographique en Afrique subsaharienne (SWEDD), dans la mesure où ils ont fait du renforcement des services obstétricaux en milieu rural une priorité.



I. Principales conclusions

1. Formation et effectifs des sages-femmes : des pénuries persistantes

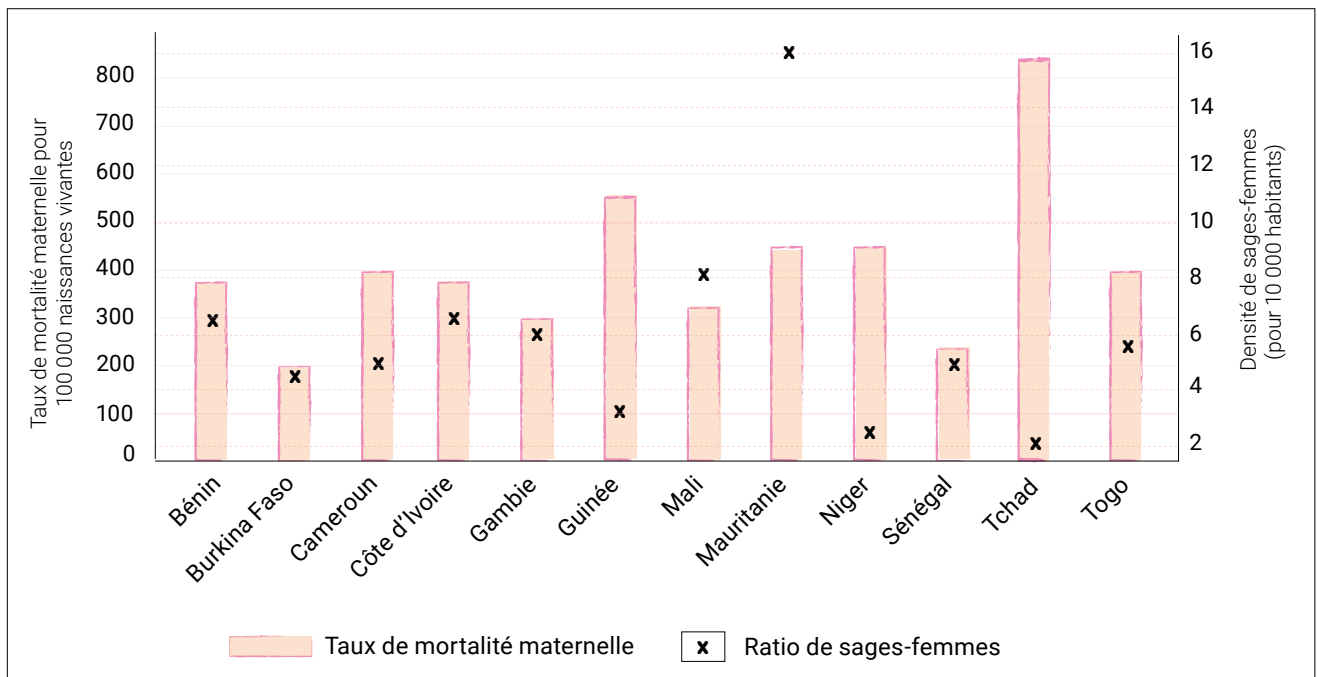
L'Afrique de l'Ouest et du Centre affiche l'un des ratios de sages-femmes par habitant les plus bas au monde. La pénurie de main-d'œuvre touche très durement les zones rurales, qui comptent très peu de sages-femmes alors qu'elles enregistrent les taux de mortalité maternelle les plus élevés. En outre, de nombreux programmes de formation des sages-femmes ne sont accessibles qu'en milieu urbain, ce qui accentue encore les inégalités en matière d'accès à des soins maternels qualifiés.

- **Pénuries critiques de main-d'œuvre** : au Tchad (1,9 sage-femme pour 10 000 habitants) et au Niger (2,5 sages-femmes pour 10 000 habitants), la pénurie de sages-femmes est directement liée à des taux de mortalité maternelle supérieurs à 800 décès pour 100 000 naissances vivantes. Seul le Sénégal atteint un seuil modéré (7,8 sages-femmes pour 10 000 naissances), tandis que le Mali et le Burkina Faso (respectivement 3,8 et 4,2 sages-femmes pour 10 000 naissances) continuent de se heurter à des pénuries de personnel.

- **Déséquilibre urbain/rural** : en Côte d'Ivoire, au Mali et en Mauritanie, plus de 75 % des sages-femmes exercent en milieu urbain alors que les communautés rurales enregistrent les taux de mortalité maternelle les plus élevés.
- **Lacunes en matière de formation et de reconnaissance des qualifications** : bien que 15 des 23 pays aient aligné leurs programmes de formation des sages-femmes sur les normes internationales, seuls 50 % d'entre eux ont mis en place un système structuré de supervision ou de stages après la formation.
- **Systèmes de développement professionnel continu insuffisants** : seuls quatre pays (Ghana, Libéria, Nigéria et Sénégal) imposent un développement professionnel continu aux sages-femmes.

Le graphique suivant met en évidence le contraste entre la densité des effectifs de sages-femmes dans les **pays du projet SWEDD** et son lien direct avec les taux de mortalité maternelle. Les pays qui comptent le moins de sages-femmes pour 10 000 habitants, tels que le Tchad (2,1) et le Niger (2), affichent certains des taux de mortalité maternelle les plus élevés (respectivement 860 et 441 décès pour 100 000 naissances vivantes).

Taux de mortalité maternelle et densité de sages-femmes dans les pays SWEDD (données de l'OMS pour 2021)



Sources :

Mortalité maternelle : divers rapports nationaux et internationaux, notamment des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des rapports des Nations Unies et des publications statistiques nationales. Les données, les années et les sources varient selon les pays.

Densité de sages-femmes : OMS, « Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population) ». Observatoire mondial de la santé, non daté. Données extraites le 29 mai 2025 à l'adresse suivante : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)).

2. Politique et réglementation

Bien qu'il soit important de disposer d'une réglementation harmonisée et de structures de soutien professionnel, la profession de sage-femme reste encadrée de manière inégale en Afrique de l'Ouest et du Centre. De nombreuses sages-femmes perçoivent de faibles rémunérations, se heurtent à des perspectives de carrière limitées et bénéficient d'une protection insuffisante sur leur lieu de travail, autant de facteurs qui contribuent à leur exode et à leur pénurie dans les zones rurales. L'absence d'organismes de réglementation solides nuit à la cohérence des normes de formation et fragilise les mécanismes de contrôle, ce qui se répercute sur la qualité des soins et la rétention du personnel qualifié.

- **Lacunes réglementaires** : seuls huit pays disposent d'un organisme réglementaire spécifiquement consacré à la profession de sage-femme, ce qui limite les possibilités de contrôle et les perspectives de carrière.
- **Écarts de revenus et migrations** : par exemple, au Libéria, les sages-femmes ne gagnent que

150 dollars par mois, alors qu'au Gabon, leur salaire peut atteindre 580 dollars par mois, un écart qui contribue à des taux de migration élevés.

- **Une rétention limitée dans les zones rurales des pays du projet SWEDD** : le Mali et le Niger accordent aux sages-femmes travaillant dans des zones difficiles d'accès une prime allant de 10 à 15 % de leur salaire. Malgré ces incitations financières, moins de 40 % des sages-femmes continuent d'exercer en milieu rural après la fin de leur période de service obligatoire. La Mauritanie met à leur disposition des logements gratuits et leur verse une allocation pour couvrir leurs frais de transport, tandis que le Burkina Faso et le Tchad exigent que les sages-femmes exercent pendant au moins deux ans dans des zones rurales avant de pouvoir prétendre à des fonctions plus élevées ou à une promotion.



- Discrimination liée au genre et harcèlement au travail : les sages-femmes de la région Afrique de l'Ouest et du Centre font état de discriminations systématiques et de remises en cause de leur autonomie par les médecins. Des enquêtes révèlent que 40 à 60 % des sages-femmes au Mali, au Nigéria et au Sénégal sont victimes de violences verbales ou voient leur carrière entravée. Seuls la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Libéria ont pris des dispositions légales pour lutter contre le harcèlement au travail.

Le tableau ci-dessous dresse une vue d'ensemble du contexte réglementaire lié à la profession de sage-femme en Afrique de l'Ouest et du Centre, en soulignant les disparités entre les structures de gouvernance. Si huit pays disposent d'un organisme réglementaire spécifiquement consacré à la profession de sage-femme, six n'ont toujours aucun mécanisme officiel de contrôle, une défaillance qui a des répercussions sur la qualité de la main-d'œuvre et les normes professionnelles.

Contexte réglementaire lié à la profession de sage-femme en Afrique de l'Ouest et du Centre	
Organisme réglementaire spécifiquement consacré à la profession de sage-femme	Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire , Gabon, Guinée, Niger , République démocratique du Congo et Tchad
Pas d'organisme réglementaire distinct pour la profession de sage-femme, mais l'organisme réglementaire dispose de politiques et de processus distincts	Guinée équatoriale, Ghana, Libéria et Mali
Pas d'organisme réglementaire distinct pour la profession de sage-femme, ni de politiques et de processus distincts	Cameroun, Gambie et Nigéria
Pas de système réglementaire pour la profession de sage-femme	Cabo Verde, République centrafricaine, Guinée-Bissau, Mauritanie, Sénégal et Togo
Processus réglementaires distincts pour la profession de sage-femme	Aucun des 23 pays

• **Les pays du projet SWEDD sont inscrits en orange**

3. Prestation des services et répercussions sur la santé maternelle

La région Afrique de l'Ouest et du Centre continue d'afficher l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, avec une moyenne de 724 décès pour 100 000 naissances vivantes. De nombreux pays sont confrontés à des modèles de prestation de services obstétricaux insuffisants, en particulier dans les zones rurales et les contextes humanitaires, où l'accès à des soins qualifiés est très limité. Cependant, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Niger, le Nigéria et le Sénégal ont expérimenté avec succès des centres de



santé maternelle dirigés par des sages-femmes et des modèles de transfert des tâches, qui ont produit des résultats prometteurs en matière de réduction de la mortalité dans les établissements de santé.

- **Investissements dans la profession de sage-femme** : bien que de nombreux pays proposent une formation gratuite à la profession de sage-femme, les dépenses spécifiques liées à cette formation ou au personnel chargé de la dispenser sont souvent inconnues ou indisponibles.
- **Pénuries dans les contextes humanitaires** : la République centrafricaine, le Mali et le Tchad indiquent que plus de 60 % des communautés rurales n'ont pas accès à un accoucheur qualifié ou à une accoucheuse qualifiée.

- **Exemples de transferts des tâches couronnés de succès** : le Ghana et le Sénégal ont élargi le mandat des sages-femmes afin d'y inclure la fourniture de contraceptifs et la prestation de soins obstétricaux d'urgence, ce qui a permis d'augmenter de 12 à 15 % le nombre d'accouchements effectués dans des établissements de santé.
- **L'impact du projet SWEDD** : en Côte d'Ivoire et au Niger, l'intégration de centres de santé dirigés par des sages-femmes a permis d'augmenter de 15 % le nombre de femmes qui accouchent dans des établissements de santé, améliorant ainsi l'accès aux soins maternels qualifiés dans les zones rurales.

des zones difficiles d'accès une prime allant de 10 à 15 % de leur salaire, mais les taux de rétention après la fin de la période de service obligatoire restent inférieurs à 40 %.

- **Aide au logement et au transport** : la Mauritanie propose des logements gratuits et verse des allocations destinées à couvrir les frais de transport afin d'encourager l'installation durable des sages-femmes dans les zones rurales.
- **Une progression de carrière structurée** : le Burkina Faso et le Tchad exigent que les sages-femmes exercent pendant au moins deux ans dans des zones rurales avant de pouvoir prétendre à des fonctions plus élevées ou à une promotion dans le système de santé.

II. Bonnes pratiques

Plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont expérimenté avec succès des stratégies innovantes visant à améliorer la formation des sages-femmes, la réglementation de leur profession et la prestation des services obstétricaux. Ces approches, qui comprennent notamment des programmes d'incitation à l'installation en milieu rural, des politiques de transfert des tâches ou encore la création de maternités dirigées par des sages-femmes, ont permis d'améliorer considérablement les indicateurs relatifs à la santé maternelle. Cependant, la mise à l'échelle de ces modèles représente toujours un défi en raison du manque d'investissements publics et des contraintes budgétaires.

1. Encourager l'installation des sages-femmes en milieu rural (pays du projet SWEDD)

- **Mesures visant à encourager le déploiement dans les zones rurales** : le Mali et le Niger accordent aux sages-femmes travaillant dans

2. Renforcer la formation des sages-femmes et la réglementation de leur profession

- **Curriculum de formation harmonisé de l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) et de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)** : 15 pays membres de la CEDEAO ont adopté un programme régional harmonisé de formation des sages-femmes, qui garantit leur mobilité, la qualité de leur formation et l'alignement de leurs compétences. Toutefois, seules 60 % des écoles de sages-femmes ont mis en place des procédures complètes de reconnaissance des qualifications.
- **Développement professionnel continu obligatoire** : le Ghana, le Nigéria et le Sénégal ont instauré des obligations annuelles en matière de développement professionnel continu, ce qui a permis d'améliorer les niveaux de compétence des sages-femmes et de réduire les taux de faute professionnelle de plus de 15 %.



- **Lacunes en matière de supervision après la formation** : bien que 15 des 23 pays aient aligné leurs programmes de formation sur les normes de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et de l’OMS, seuls 50 % d’entre eux prévoient une supervision structurée après la formation, limitant ainsi la mise en pratique, dans des conditions cliniques réelles, des compétences acquises au cours de la formation.

3. Appuyer le développement des modèles axés sur des soins prodigués par les sages-femmes

- **Le modèle des accoucheurs traditionnels au Nigéria** : la formation des accoucheurs traditionnels et leur mise en relation avec des sages-femmes ont permis de réduire de 20 % le nombre d’accouchements à domicile sans assistance médicale et d’augmenter le nombre de grossesses à haut risque prises en charge à un stade précoce.
- **Les cliniques dirigées par des sages-femmes au Sénégal** : l’augmentation du nombre de centres de santé maternelle dirigés par des sages-femmes dans les régions rurales a permis de réduire de 10 % le taux de mortalité maternelle dans les établissements de santé et d’augmenter de 18 % le nombre d’accouchements assistés par un accoucheur qualifié ou une accoucheuse qualifiée.
- **Un transfert des tâches couronné de succès au Ghana** : en permettant aux sages-femmes de fournir des contraceptifs, de prendre en charge les complications obstétricales de base et de pratiquer la réanimation néonatale, le Ghana a enregistré une augmentation de 12 à 15 % du nombre d’accouchements effectués dans des établissements de santé en milieu rural et périurbain.



III. Recommandations pour le renforcement des services obstétricaux en Afrique de l’Ouest et du Centre



1. Améliorer l’éducation et la formation des sages-femmes

- Veiller à ce que toutes les écoles de sages-femmes répondent aux normes internationales (ICM/OMS) et soient dûment accréditées.
- Étendre l’offre de programmes de formation des sages-femmes dans les zones rurales et octroyer des bourses aux étudiants issus de communautés défavorisées.
- Intégrer les droits fondamentaux et une approche sensible aux questions de genre dans la formation des sages-femmes afin de promouvoir des soins maternels respectueux.



2. Améliorer la réglementation de la profession et le développement professionnel des sages-femmes

- Établir des organismes réglementaires ou renforcer ceux qui existent afin de garantir la cohérence des procédures d’octroi d’agrément, des formations et des normes professionnelles.
- Mettre en place des programmes de formation continue obligatoires pour les sages-femmes afin qu’elles actualisent régulièrement leurs compétences.
- Soutenir le plaidoyer des associations de sages-femmes en faveur de meilleures politiques, de salaires équitables et de meilleures conditions de travail.



3. Appuyer le développement des modèles axés sur des soins prodigués par les sages-femmes

- Augmenter le nombre de cliniques dirigées par des sages-femmes, en particulier dans les zones rurales et mal desservies.
- Fournir des ressources essentielles aux sages-femmes, notamment les médicaments, les technologies numériques et les équipements dont elles ont besoin pour exercer pleinement leurs fonctions.
- Donner la priorité aux soins prodigués par les sages-femmes dans les politiques de santé maternelle et néonatale.



4. Garantir une rémunération équitable et des protections sur le lieu de travail

- Rendre les salaires des sages-femmes plus compétitifs afin de réduire la fuite des cerveaux et leur émigration.

- Instaurer des mesures de protection sociale, notamment des congés de maternité rémunérés, une assurance maladie et des pensions de retraite.
- Garantir la sécurité sur le lieu de travail et protéger les sages-femmes contre toute forme de violence et de harcèlement.



5. Améliorer la collecte de données et la responsabilité

- Améliorer les systèmes de données afin de suivre la formation des sages-femmes, leur répartition et la prestation des services obstétricaux.
- Utiliser les données pour orienter les politiques et garantir que les sages-femmes sont déployées dans les zones présentant les besoins les plus pressants.
- Faire des soins obstétricaux une composante essentielle des plans nationaux de santé, et prévoir des allocations budgétaires spécifiques à cet effet.

Appel à l'action à l'intention du projet SWEDD et des décideurs

L'Afrique de l'Ouest et du Centre a une occasion sans précédent de renforcer les services obstétricaux et de faire baisser la mortalité maternelle évitable. Cette démarche nécessitera toutefois d'adopter des politiques plus robustes, d'augmenter les investissements et de s'engager à retenir la main-d'œuvre en milieu rural. De nombreuses preuves attestent que chaque dollar investi dans les services obstétricaux génère 16 dollars grâce à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, à la hausse de la productivité économique, et au renforcement des systèmes de santé.



Il est temps d'agir

Les sages-femmes fournissent des soins de santé maternelle et néonatale vitaux et de qualité en Afrique de l'Ouest et du Centre. En investissant dans l'éducation, la réglementation, une rémunération équitable et des modèles de soins prodigués par des sages-femmes, les pays du projet SWEDD peuvent faire une réelle différence.





Les prochaines étapes

- Renforcer la planification nationale des effectifs de sages-femmes en tenant compte de l'expérience du projet SWEDD.
- Prévoir des fonds spécifiques pour encourager la formation et le déploiement de sages-femmes en milieu rural.
- Élaborer un plan d'action régional en matière de soins de santé obstétricaux, assorti d'objectifs mesurables.

Référence du rapport complet

Fonds des Nations Unies pour la population, Jhpiego, projet Autonomisation des femmes et dividende démographique en Afrique subsaharienne et Groupe de travail sur la santé maternelle, *The State of Midwifery in West and Central Africa: Workforce Distribution, Education, Regulation, and Service Delivery*. Bureau régional de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2024.



PROJET
D'AUTONOMISATION DES
FEMMES ET DIVIDENDE
DÉMOGRAPHIQUE EN
AFRIQUE SUBSAHARIENNE+

SUB-SAHARAN AFRICA
WOMEN'S
EMPOWERMENT AND
DEMOGRAPHIC
DIVIDEND PROJECT+