

Comment mesurer les décès maternels ?

On définit la mort maternelle comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, quelle qu'en soit la durée ou le lieu, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés. Les raisons de décès peuvent être directes (causes liées à des complications obstétricales pendant la grossesse, le travail ou la période post-partum) ou indirectes. On relève cinq causes directes : hémorragie (en général post-partum), infections, éclampsie, travail dystocique et complications suite à un avortement. Les décès par cause obstétricale indirecte sont ceux qui résultent d'une condition préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans être due à des causes obstétricales directes, même si elle peut être aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. Citons par exemple le VIH et le SIDA, le paludisme, l'anémie et les maladies cardiovasculaires. Ce n'est pas parce qu'une femme subit des complications qu'elle va forcément mourir; un traitement erroné ou inapproprié, voire l'absence d'interventions adéquates en temps voulu sont à l'origine de la plupart des décès maternels.

Il n'est pas facile de procéder à une classification exacte des causes de mortalité maternelle, qu'elles soient directes ou indirectes, accidentelles ou fortuites. Pour classer avec certitude un décès dans la catégorie des décès maternels, on doit disposer d'informations sur sa cause ainsi que sur l'état d'avancement de la grossesse et le moment de la mort par rapport au terme de la grossesse. Ces informations sont parfois absentes, mal classées ou sous-estimées dans les pays en développement, accablés par des taux élevés de mortalité maternelle et même dans les pays industrialisés ayant des systèmes d'enregistrement des données de l'état civil pleinement fonctionnels. Il y a plusieurs explications à cela : tout d'abord, beaucoup d'accouchements se font à domicile, surtout dans les pays les moins avancés et dans les zones rurales, ce qui complique les tentatives d'établir les causes de décès. Ensuite, les systèmes d'enregistrement des données de l'état civil sont parfois incomplets, et même quand ils sont réputés complets, il arrive que les informations sur la cause du décès se révèlent inadéquates. Enfin, les progrès de la médecine moderne permettent parfois de retarder le décès d'une femme au-delà des 42 jours de la période post-partum. C'est pour toutes ces raisons qu'on a parfois recours à des définitions alternatives de la mortalité maternelle. L'une d'elles prend en compte toute cause de décès pendant la grossesse ou la période post-partum. Une autre inclut les décès pour cause directe ou indirecte après la période post-partum et jusqu'à un an après la grossesse.

La principale mesure du risque de mortalité est le *taux de mortalité maternelle*, que l'on définit comme le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pendant une période déterminée, en général douze mois. Il existe une autre mesure importante, à savoir le *risque de décès maternel sur la vie entière*, qui reflète la probabilité qu'une femme devienne enceinte et la probabilité qu'elle décède d'une cause liée à la grossesse et à l'accouchement pendant toutes les années où elle est en âge de procréer. En d'autres termes, le risque de mort maternelle est lié à deux facteurs principaux : le risque de mortalité associé à une seule grossesse ou naissance vivante et le nombre de grossesses qu'une femme peut avoir au cours des années où elle est en âge de procréer.

Œuvrer ensemble pour améliorer les estimations sur la mortalité maternelle

Plusieurs institutions collaborent pour mettre au point des mesures plus précises des taux et niveaux de mortalité maternelle à l'échelon

mondial et évaluer les progrès accomplis en vue de la réalisation de la cible A de l'Objectif du Millénaire pour le développement 5, qui cherche à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Le Groupe de travail sur la mortalité maternelle, qui au départ comprenait l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population, a mis au point des estimations mondiales de mortalité maternelle qui sont comparables, au plan international, pour les années 1990, 1995 et 2000.

En 2006, la Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies et plusieurs experts techniques extérieurs se sont joints au groupe, qui a ensuite élaboré un nouvel ensemble d'estimations de la mortalité maternelle comparables au plan mondial pour l'année 2005 en s'appuyant sur les méthodologies antérieures mais en partant de nouvelles données. Il a ainsi pu obtenir des estimations pour des pays n'ayant pas de données nationales et ajuster les données nationales disponibles pour compenser les sous-déclarations et les classifications erronées. Le Groupe de travail sur la mortalité maternelle a passé 171 pays en revue pour ses estimations de 2005, dont 61 qui ne disposaient pas de données nationales adéquates, ce qui représente un quart des naissances dans le monde. Il a fallu recourir à une modélisation pour ces pays afin d'estimer leur taux de mortalité maternelle.

Pour les estimations 2005, les données proviennent de huit sources différentes : registres d'état civil complets, avec indication correcte de la cause de décès, registres d'état civil complets, mais avec indication incertaine ou incorrecte de la cause de décès, estimation par la méthode directe des sœurs, études sur la mortalité des femmes en âge de procréer, surveillance des maladies ou enregistrement des données d'état civil sur des échantillons de population, recensements, études spéciales, et absence de données nationales. Les estimations pour chacune de ces catégories ont été calculées en recourant à une formule différente et en tenant compte de facteurs comme la nécessité de corriger les préjugés connus ou de déterminer des marges d'incertitude réalistes.

Les mesures de la mortalité maternelle sont préparées avec une marge d'incertitude, et il faut donc souligner que même si ces estimations sont les meilleures dont nous disposons, le taux réel peut être inférieur ou supérieur à la moyenne. Même si c'est vrai de n'importe quelle étude statistique, le haut degré d'incertitude des taux de mortalité maternelle oblige à interpréter ces données avec précaution.

En dépit des difficultés rencontrées dans la collecte et la mesure des données, les estimations interinstitutions de 2005 pour la mortalité maternelle ont été faites avec suffisamment de rigueur pour produire une analyse des tendances et évaluer les progrès réalisés vers l'OMD 5 depuis la date de référence de 1990 jusqu'en 2005. Le peu d'amélioration constaté dans beaucoup de pays en termes de réduction de la mortalité maternelle a focalisé l'attention sur la nécessité d'atteindre cet OMD.

Les estimations de la mortalité maternelle sont loin d'être parfaites, et il y a encore beaucoup de travail à accomplir pour affiner les procédures de collecte et d'estimation des données. Mais elles reflètent la ferme volonté de la communauté internationale de continuer à rechercher plus d'exactitude et de précision. La poursuite de ces efforts guidera et appuiera les initiatives visant à améliorer la santé maternelle et à veiller à ce que les femmes comptent.

Voir *Références page 107*.

Créer un environnement favorable à la santé des mères et des nouveau-nés

S.M. la Reine Rania Al Abdullah de Jordanie, Éminent défenseur des enfants pour l'UNICEF*

En 1631, une très belle impératrice, Mumtaz Mahal, mourut en donnant naissance à son quatorzième enfant. Effondré, son mari fit bâtir un mausolée en son honneur : le Taj Mahal, qui reste aujourd'hui l'un des monuments les plus célèbres du monde. Et pourtant, même si ses dômes et ses flèches sont connus, très peu de gens sont conscients de la tragédie qui a inspiré leur construction.

Près de 400 ans après la mort en couches de Mumtaz Mahal, chaque jour, chaque minute, une femme meurt de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. Cela représente plus de 500 000 femmes par an, 10 millions par génération. Comment est-il possible qu'en cette ère d'avancées modernes et de miracles médicaux, nous n'arrivions toujours pas à protéger les femmes alors qu'elles assurent la perpétuité de la race humaine ?

La réponse, bien entendu, c'est que la santé publique a fait des progrès stupéfiants, mais ceux-ci ne sont pas répartis de manière équitable, que ce soit entre pays ou entre zones géographiques ou groupes sociaux. Même si les causes des complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont les mêmes partout dans le monde, les conséquences varient de façon spectaculaire d'un pays à l'autre ou d'une région à l'autre. À l'heure actuelle, en Suède, le risque pour une jeune femme de mourir de causes liées à la grossesse est de 1 pour 17 400 sur la durée de sa vie adulte. En Sierra Leone, ce risque est de 1 pour 8.

Et pour chaque femme qui décède, il y en a vingt qui subissent de graves traumatismes ou infections. Chaque année, quelque 75 000 d'entre elles sont victimes de fistules obstétricales, une condition dévastatrice tant sur le plan physique que psychologique et qui peut entraîner leur exclusion de la société.

Le bilan est accablant. Mais les femmes ne sont pas les seules à souffrir. Comme l'a déclaré un groupe d'experts lors d'une conférence mondiale sur la santé des femmes en 2007, « au cours des années où elles sont actives et en âge de procréer, les femmes 'servent' la société dans laquelle elles vivent de bien des manières : elles portent et élèvent la génération suivante et jouent un rôle capital sur la voie du progrès en tant que travailleuses, dirigeantes et militantes ». Lorsqu'une femme perd la vie ou qu'elle est handicapée suite à une grossesse ou un accouchement, cela a des répercussions en cascade : les enfants perdent une mère; l'époux perd sa partenaire; et la société perd un de ses membres productifs.

Nous ne pouvons nous permettre de sacrifier tant d'individus ni un tel potentiel. Nous savons ce qu'il faut faire pour prévenir ou traiter la grande majorité des problèmes liés à la grossesse, qu'il s'agisse d'éclampsie, d'hémorragie ou d'infections, de travail dystocique ou d'anémie. De fait, la Banque mondiale estime que des interventions de base comme les soins prénatals, la présence de personnel de santé qualifié à l'accouchement et l'accessibilité des soins d'urgence pour les femmes et les nouveau-nés permettraient d'éviter près de trois quarts des décès maternels.

Mais il ne suffit pas de multiplier les interventions médicales pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Ce qu'il faut, fondamentalement, c'est améliorer l'autonomisation des femmes dans le monde entier. Songez qu'en ce siècle qui se définit de plus en plus par la circulation de l'information, nous ne disposons toujours pas de données précises sur le nombre de femmes qui meurent en couches chaque année. Pourquoi les décès maternels ne sont-ils

pas tous recensés ? L'une des raisons, peut-être, c'est que la vie d'une femme ne compte pas à part entière dans trop de régions.

Et tant que les femmes resteront désavantagées au sein de leur société, la santé maternelle et néonatale en pâtira. Mais si nous pouvons donner aux femmes les moyens de se prendre en charge, nous pouvons créer un environnement plus favorable tant pour les femmes que pour les enfants.

L'autonomisation des femmes commence avec l'éducation, qui représente le meilleur investissement possible en termes de développement, qu'il s'agisse de veiller à ce que les filles, comme les garçons, puissent fréquenter l'école primaire, d'apprendre à lire et écrire aux femmes ou de donner une éducation en matière de santé publique. Même s'il reste beaucoup à faire, de nombreux pays commencent à faire des progrès en ce sens. En Jordanie, par exemple, les élèves-infirmières de l'Université nationale se portent volontaires pour sensibiliser les filles des écoles publiques aux questions de santé féminine.

Les études nous montrent toutes qu'une femme instruite est mieux équipée pour gagner sa vie et nourrir sa famille, qu'il y a plus de chances qu'elle investisse dans la santé, la nutrition et l'éducation de ses enfants, et qu'elle est plus disposée à participer à la vie civique et à se battre pour obtenir des améliorations dans sa communauté.

Les mères instruites sont aussi plus promptes à réclamer des soins adéquats pour elles-mêmes. Selon le Rapport 2007 sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, « 84 % des femmes ayant achevé un cycle secondaire ou supérieur sont assistées par du personnel qualifié lors de leur accouchement, soit deux fois plus que les mères n'ayant pas été scolarisées ».

Pour les enfants dont la mère a reçu une éducation, les chances de survivre jusqu'à l'âge de 5 ans et au-delà sont de 50 % plus élevées que pour ceux dont la mère n'a jamais été scolarisée ou n'a pas terminé sa scolarité. Pour les filles en particulier, l'éducation peut réellement faire la différence entre l'espérance et le désespoir. Certaines études montrent que les jeunes qui ont un diplôme du primaire risquent moins d'être infectés par le VIH que ceux qui ne sont jamais arrivés à terminer ce cycle d'études.

Les filles éduquées ont aussi tendance à se marier plus tard et se retrouvent moins souvent enceintes très jeunes, ce qui réduit leur risque de mourir en couches alors qu'elles-mêmes ne sont encore que des enfants. Plus les filles prolongent leur scolarisation, plus leurs perspectives de gagner leur vie s'améliorent, ce qui leur permettra de rompre les chaînes d'une pauvreté trop souvent transmise de génération en génération.

Pour dire les choses simplement, en changeant la trajectoire des filles, on peut changer l'avenir. Si, une fois femmes, ces filles décident de devenir mères à leur tour, elles envisageront la grossesse et l'accouchement comme une source de joie et non de crainte.

Voir Références page 107.

* Sa Majesté la Reine Raina Al Abdullah de Jordanie est la première à porter le titre de Défenseur éminent des enfants pour l'UNICEF et une militante inlassable de la protection des enfants, du développement de la petite enfance, de la parité des sexes dans le domaine de l'éducation et de l'autonomisation des femmes, partout dans le monde.

Santé maternelle et néonatale au Nigéria : élaboration de stratégies pour accélérer les progrès

Le Nigéria est le pays le plus peuplé d'Afrique : il avait 148 millions d'habitants en 2007, dont 25 millions de moins de 5 ans. Avec près de 6 millions de naissances en 2007 (le troisième chiffre le plus élevé au monde, après l'Inde et la Chine) et un taux de fécondité total de 5,4, la croissance de la population nigériane continue d'être rapide en termes absolus.

Outre sa population importante, le Nigéria est connu pour ses vastes richesses pétrolières. Pourtant, la pauvreté y est rampante. D'après les derniers *Indicateurs du développement mondial 2007* publiés par la Banque mondiale, plus de 70 % des Nigériens vivent avec moins d'un dollar des É.-U. par jour, ce qui entrave leur capacité à payer les soins de santé.

La pauvreté, la pression démographique et des investissements insuffisants dans le domaine de la santé publique, pour ne citer que trois facteurs, font monter les niveaux et taux de mortalité maternelle et néonatale. Les dernières estimations interinstitutionnelles de l'ONU placent le ratio de mortalité maternelle national moyen à 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes et le risque de décès maternel sur la vie entière à 1 sur 18. Placé dans son contexte mondial, le fardeau de la mortalité maternelle au Nigéria offre une image saisissante : près d'un décès maternel sur 9 survient dans ce pays.

Les femmes qui survivent à leur grossesse et à l'accouchement risquent de voir leur santé compromise : certaines études semblent indiquer qu'entre 100 000 et un million de femmes souffrent d'une fistule obstétricale. En 2004, les décès néonataux s'élevaient à 249 000, d'après les derniers chiffres de l'Organisation mondiale de la Santé, dont 76 % au début de la période néonatale (première semaine de vie). Des centres de santé inadéquats, l'absence de transports vers des établissements de soins, l'impossibilité de payer les services de santé et la réticence face à la médecine moderne rencontrée au sein de certaines populations sont les principaux facteurs qui expliquent les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles, néonatales et infantiles du pays.

Il existe des disparités marquées en termes de pauvreté et de santé entre les nombreux groupes ethnolinguistiques du Nigéria et entre ses différents États. Le taux de pauvreté dans les zones rurales, estimé à 64 % en 2004, est environ une fois et demie plus élevé que dans les zones urbaines (43 %). En outre, le taux de pauvreté dans le nord-est, qui s'élève à 67 %, représente à peu près le double des 34 % constatés dans la région plus prospère du sud-est.

Des niveaux d'éducation très bas, en particulier chez les femmes, et des attitudes et pratiques culturelles discriminatoires font obstacle à la réduction du taux élevé de mortalité maternelle. Une étude menée à l'hôpital universitaire de Jos, dans la région nord-centre, montre qu'en 2005 près de trois quarts des décès maternels survenaient chez les femmes analphabètes. Le taux de mortalité chez les femmes qui n'avaient pas reçu de soins prénatals était à peu près 20 fois plus élevé que chez les autres. Parmi les nombreux groupes ethniques auxquels appartenaient les patientes, les femmes Hausa-Fulani comprenaient pour 22 % de tous les accouchements mais 44 % des

décès. Il s'agit du groupe ethnique le plus important dans le nord du Nigéria, et il est donc particulièrement affecté par les taux élevés de pauvreté de cette région.

Les attitudes et pratiques discriminatoires à l'égard des femmes et des filles contribuent à la mortalité et la morbidité maternelles. Les mariages d'enfants et les accouchements chez les adolescentes sont chose courante au Nigéria, ce qui expose les femmes et les filles en âge de procréer à des risques sanitaires multiples.

Face à des réalités aussi complexes, l'élaboration de stratégies pour accélérer les progrès dans le domaine de la santé maternelle et néonatale représente un défi considérable. Mais le Gouvernement du Nigéria, en collaboration avec des partenaires internationaux, s'efforce de le relever. En 2007, il a commencé à mettre en place une stratégie de Prise en charge intégrée de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin d'accélérer un ensemble d'interventions à impact élevé, notamment des suppléments nutritionnels, des vaccins, des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la prévention de la transmission du VIH de mère à enfant.

La stratégie va se dérouler en trois phases, chacune devant durer trois ans. Elle a été conçue sur le modèle du continuum de soins pour renforcer le système de santé, particulièrement décentralisé au Nigéria puisqu'il opère aux niveaux fédéral, étatique et local. Lors de la phase initiale, qui couvrira 2007-2008, l'élan portera sur le repérage et l'élimination des goulots d'étranglement, tout en offrant un ensemble de services de base dans le cadre de stratégies fondées sur la collectivité et les soins à la famille. Une proportion importante des dépenses sera affectée à la thérapie combinée à base d'artémisinine pour lutter contre le paludisme chez les femmes et les enfants et pour recruter et former des agents de santé, dans les régions rurales en particulier. À mesure que les soins de santé de base s'améliorent, on prévoit que la demande de services cliniques augmentera.

Les deuxième et troisième phases de cette stratégie privilégieront davantage la construction d'une infrastructure de la santé. La stratégie vise, sur neuf années, à rénover les établissements existants, à construire des cliniques et hôpitaux et créer des incitations – versement régulier de salaires, par exemple, primes de sujétion ou primes sur la base des performances – grâce auxquelles on pourra retenir les professionnels de la santé dans le système de santé du Nigéria.

Exécutée dans sa totalité et en temps voulu, cette stratégie pourrait améliorer nettement la santé maternelle et néonatale. De plus, le pays a récemment adopté le Système national d'assurance maladie, qui intègre les secteurs de santé public et privé afin que les Nigériens puissent s'offrir plus facilement des soins de santé. Si le gouvernement adopte la Loi nationale sur la santé, que les assemblées législatives étudient en ce moment, un financement direct des soins de santé primaires sera disponible. Ces améliorations du système de santé pourraient ramener la nation la plus peuplée d'Afrique vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5.

Voir Références, page 107.

Élargir l'Objectif du Millénaire pour le développement no. 5 : accès universel à la médecine procréative d'ici à 2015

En 2005, les chefs d'État qui se sont retrouvés aux Nations Unies pour faire le point sur les engagements pris lors de la Déclaration du Millénaire (le document final du Sommet du Millénaire 2000) ont non seulement repris les objectifs de développement élaborés en 2000 et connus depuis sous l'appellation d'Objectifs du Millénaire pour le développement, mais ils y ont ajouté quatre nouvelles cibles à l'appui de ces derniers.

L'un des principaux changements apportés à la configuration des OMD est l'inclusion d'une cible traitant spécifiquement de la médecine procréative : la cible B de l'Objectif du Millénaire pour le développement no. 5, qui cherche à « atteindre l'accès universel à la médecine procréative d'ici à 2015 ». Cette nouvelle cible s'inscrit dans l'objectif général d'amélioration de la santé maternelle et vient compléter la cible initiale et les indicateurs qui y sont associés. Ceux qui ont été sélectionnés pour suivre les progrès en vue de l'OMD 5, cible B, sont repris ci-dessous :

Taux de prévalence de la contraception – Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union qui utilisent une méthode contraceptive.

Taux de natalité parmi les adolescentes – Nombre annuel de naissances chez les 15 – 19 ans pour 1 000 femmes du même groupe d'âge. On parle aussi de « taux de fécondité par âge pour les femmes de 15-19 ans ».

Accès aux soins prénatals – Pourcentage de femmes de 15-49 ans examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un professionnel de la santé qualifié (médecin, personnel infirmier ou sage-femme) et pourcentage de femmes ayant eu au moins quatre visites prénatales auprès de n'importe quel prestataire de soins.

Besoins de planification familiale non couverts – Se réfère aux femmes fécondes et sexuellement actives qui n'utilisent aucune méthode contraceptive et disent ne plus vouloir d'enfants ou vouloir reporter à plus tard la naissance du prochain enfant.

L'ajout de la cible concernant la médecine procréative reflète un long processus liant les questions de santé de la procréation au développement, aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes, dont la manifestation la plus décisive a été la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994. Depuis, d'autres réunions importantes, notamment la Quatrième Conférence sur les femmes (Beijing, 1995) et la CIPD+5 (la Session extraordinaire de l'Assemblée générale concernant la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue en 1999), ont réitéré et étoffé les recommandations de la première CIPD – dont l'objectif visant à un accès universel aux services de médecine procréative d'ici à 2015.

Voir Références, page 107.

Le Sri Lanka offre l'exemple d'une réussite obtenue en dépit de tout. Ce pays à revenu intermédiaire (en 2006, son revenu national brut était de moins de 1 500 dollars des É.-U. par habitant) a souffert d'une longue guerre civile et a été dévasté par le tsunami de 2004 dans l'océan Indien. Pourtant, les progrès accomplis en termes de développement humain, et en particulier dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de l'éducation, représentent l'une des réussites phares dans les pays en développement ces dernières décennies. Le rapport de mortalité maternelle du Sri Lanka est passé de 340 pour 100 000 naissances vivantes en 1960 à 43 pour 100 000 naissances vivantes en 2005 et 98 % des naissances ont à présent lieu à l'hôpital. Les taux de soins prénatals (une visite au moins) et de présence d'un personnel soignant qualifié à la naissance sont de 99 %. En 2007, le pays avait un taux global de fécondité de 1,9 – alors qu'il est de 3 pour la région de l'Asie du Sud. De tels résultats ont eu un impact positif sur la survie de l'enfant : le taux de mortalité chez les moins de 5 ans est tombé de 32 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 13 pour 1 000 en 2006. Les dernières données disponibles suggèrent que le taux de mortalité néonatale a également baissé, pour passer à 8 pour 100 000 naissances vivantes en 2004.

Dans le domaine de l'éducation de base, le Sri Lanka a également obtenu d'excellents résultats. D'après les dernières estimations internationales, le taux net de scolarisation primaire se situe à plus de 97 % tant pour les filles que pour les garçons, alors que le taux d'alphabétisation chez les jeunes de 15-24 ans est de 97 % pour les garçons et de 98 % pour les filles. Les données administratives indiquent que le taux d'achèvement de l'école primaire est de 100 %. Étant donné la corrélation relative entre éducation et survie maternelle et infantile, ces résultats témoignent d'un investissement durable dans ces trois domaines.

La clé des améliorations remarquables constatées au Sri Lanka dans le domaine de la santé maternelle est à trouver dans l'expansion d'un ensemble synergique de services sanitaires et sociaux destinés aux pauvres. Le système de santé du pays, qui remonte à la fin du XIX^{ème} siècle, a d'abord ciblé la couverture universelle et l'amélioration des soins de santé, l'assainissement et la prise en charge des maladies. Il a ensuite ajouté des interventions spécifiques pour améliorer la santé des femmes et des enfants. Au fil du temps, les gouvernements successifs ont adopté une approche prudente consistant à donner la priorité aux services de santé pour les mères et les pauvres tout en faisant judicieusement appel aux ressources humaines et économiques. Les améliorations qui en ont résulté dans le domaine de la santé féminine sont appuyées et renforcées par des mesures visant à autonomiser les femmes socialement et politiquement par le biais de l'éducation, de l'emploi et de l'engagement social.

Les premiers documents écrits du Sri Lanka – à commencer par des textes médicaux des IX^{ème} et X^{ème} siècles – ainsi que son passé colonial donnent un aperçu inhabituel de l'évolution de la santé maternelle dans le pays. Les formations officielles pour sages-femmes ont débuté en 1879, sous le gouvernement colonial anglais et le Registre général recense les chiffres de mortalité maternelle depuis 1902. Cette abondance d'informations et de connaissances permet d'évaluer les résultats des différentes

approches de la santé maternelle au fil du temps. Une description claire des compétences exigées d'elles a permis de professionnaliser les sages-femmes et une politique d'absence de blâme a permis d'enquêter sur les décès maternels.

Les résultats ont été spectaculaires. La mortalité maternelle a diminué de moitié entre 1947 et 1950. Treize ans plus tard, le taux de mortalité maternelle a de nouveau été divisé par deux. Une fois les structures et réseaux sanitaires mis en place, l'amélioration constante de l'organisation et de la gestion clinique a permis de réduire le rapport de mortalité maternelle de 50 % tous les 6 à 11 ans. En outre, de 1946 à 1971, le taux d'alphabétisation des femmes est passé de 44 à 71 %. La présence de personnel qualifié à l'accouchement et les accouchements institutionnels ont également augmenté. Le rôle de la sage-femme est devenu progressivement celui d'une assistance aux accouchements en établissements, au fur et à mesure que ceux à domicile diminuaient en nombre, passant de 8 % en 1970 à 2 % à peine en 1995. Depuis 1965, les sages-femmes jouent également un rôle dans les services de planification familiale offerts de plus en plus largement par les pouvoirs publics.

Le développement du système de santé sri-lankais constitue depuis longtemps un modèle pour d'autres pays en développement, car il montre le degré de réussite auquel on peut arriver dans le domaine de la santé maternelle et néonatale lorsqu'on applique de façon judicieuse des stratégies saines et des ressources suffisantes, assorties d'une réelle volonté politique. En dépit de ces progrès en matière de santé maternelle et infantile, bien des obstacles demeurent. Ces dernières années, le pays se heurte à une pénurie d'agents de santé : d'après les *Statistiques sanitaires mondiales 2008*, il n'y avait que 6 docteurs et 17 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants. En outre la diminution des ressources financières a entraîné une détérioration des services et les dépenses affectées à la santé représentaient environ 5 % du PIB en 2005. Les dépenses privées pour la santé, la plupart non remboursées, représentent plus de la moitié des dépenses de santé totales.

Autre problème pour le Sri Lanka, comment assurer la sécurité alimentaire de ses habitants, en particulier si les prix des denrées alimentaires restent élevés au niveau mondial. Le pays a toujours des taux de dénutrition élevés chez ses nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans et les dernières estimations internationales signalent que plus d'un nouveau-né sur 5 présentent des insuffisances pondérales à la naissance et 23 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale modérée et grave. Pour soutenir les avancées obtenues en matière de santé néonatale et infantile, il faut absolument améliorer le niveau d'allaitement exclusivement au sein pour les enfants de moins de six mois, qui n'est actuellement que de 53 %.

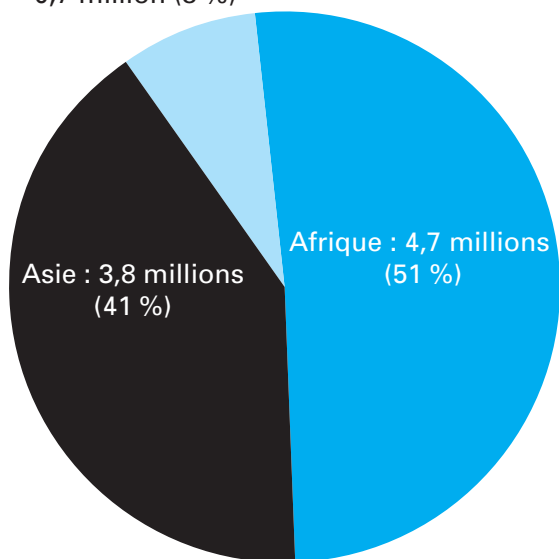
Voir Références, page 107.

La place centrale de l'Afrique et de l'Asie dans les problèmes mondiaux de survie des femmes et des enfants

Dans le monde, ce sont les continents de l'Afrique et de l'Asie* qui présentent les défis les plus importants en termes de survie des enfants et des femmes. Leurs progrès dans des domaines cruciaux, comme la santé maternelle et infantile, la nutrition et l'éducation, entre autres, revêtent une importance cruciale pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Décès des enfants de moins de 5 ans, 2007

Reste du monde :
0,7 million (8 %)



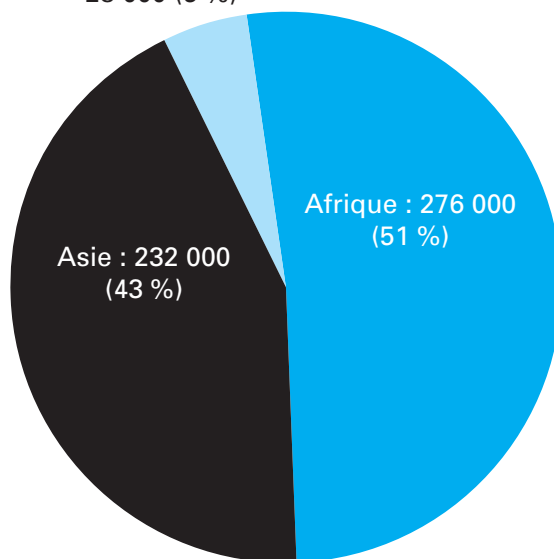
Source : bases de données mondiales de l'UNICEF

Décès parmi les enfants de moins de 5 ans

- En 2007, 9,2 millions d'enfants sont morts avant d'avoir 5 ans. L'Afrique et l'Asie représentent 92 % de ces décès.
- La moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans sont survenus en Afrique, qui reste la région du monde où un enfant a le plus de mal à survivre jusqu'à l'âge de 5 ans.
- Bien que l'Asie ait fait chuter de manière remarquable son nombre annuel de décès d'enfants depuis 1970, elle enregistre encore 41 % du total des décès d'enfants de moins de 5 ans en 2007.

Décès maternels, 2005

Reste du monde :
28 000 (5 %)



Source : bases de données mondiales de l'UNICEF

Décès maternels

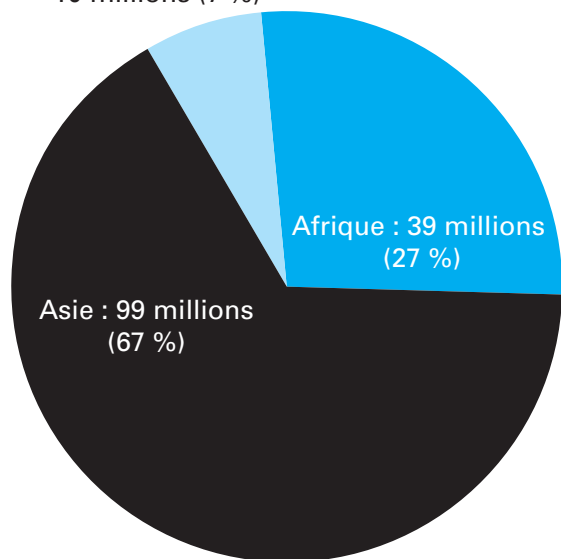
- En 2005, la dernière année pour laquelle on dispose d'estimations fiables, 536 000 femmes sont mortes de causes liées à leur grossesse ou à l'accouchement, selon ces estimations. Presque tous ces décès maternels – 95 % – sont survenus en Asie ou en Afrique.
- L'Afrique est le continent où le taux de mortalité maternelle est le plus élevé, 820 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, selon les estimations. Le taux de décès maternel en Asie est de 350 pour 100 000 naissances vivantes.
- En Afrique, le risque de décès maternel sur la vie entière est de 1 sur 26, quatre fois plus élevé qu'en Asie et plus de 300 fois plus élevé que dans les pays industrialisés.

Le problème des décès maternels et infantiles en Afrique et en Asie – pour chacun des deux continents et pour les deux mis ensemble – est souvent sous-estimé car l'on manque d'estimations à l'échelle du continent des principaux indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement. Ce tableau présente un instantané des principaux indicateurs concernant les enfants et les mères pour l'Afrique et l'Asie et ensemble ils offrent une perspective qui complète les données ventilées présentées dans les Tableaux statistiques, pages 113-157 de ce rapport.

Les données agrégées concernant les enfants de ces deux vastes continents rappellent clairement à quel point il est important de progresser rapidement dans toute l'Afrique et dans toute l'Asie pour atteindre les buts du développement à l'échelle mondiale. Il faut toutefois garder à l'esprit les disparités souvent considérables en ce qui concerne la situation des femmes et des enfants et le rythme des progrès entre pays et entre continents. La question des disparités et inégalités affectant les enfants sera examinée plus en détail dans les prochaines éditions de *La Situation des enfants dans le monde*.

Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale, 2007

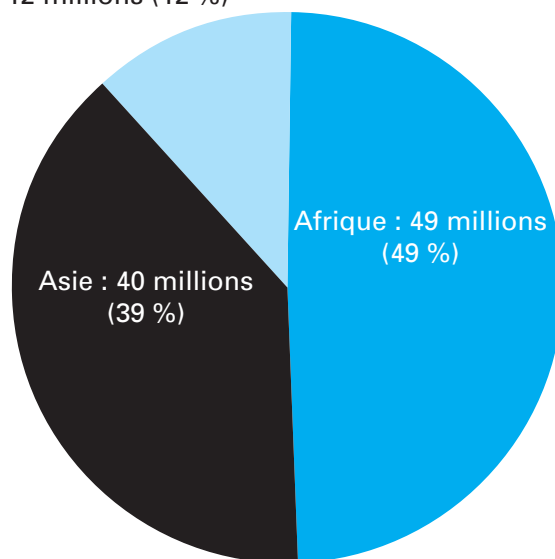
Reste du monde :
10 millions (7 %)



Source : bases de données mondiales de l'UNICEF.

Enfants en âge d'aller à l'école primaire qui ne sont pas scolarisés, 2007

Reste du monde :
12 millions (12 %)



Source : bases de données mondiales de l'UNICEF.

Statut nutritionnel des jeunes enfants

- En 2007, 148 millions d'enfants de moins de 5 ans du monde en développement présentaient une insuffisance pondérale pour leur âge.
- Les deux tiers de ces enfants vivent en Asie, et un peu plus d'un quart vivent en Afrique.
- L'Afrique et l'Asie abritent ensemble 93 % des enfants de moins de 5 ans du monde en développement présentant une insuffisance pondérale.

Éducation primaire

- En 2007, 101 millions d'enfants de l'âge de fréquenter l'école primaire n'étaient pas scolarisés.
- Près de la moitié de ces enfants vivent en Afrique, et 39 % en Asie.
- Pour ces deux régions, environ 20 % des filles et 16 % des garçons en âge d'aller à l'école primaire ne sont pas scolarisés ou ne fréquentent pas l'école primaire.

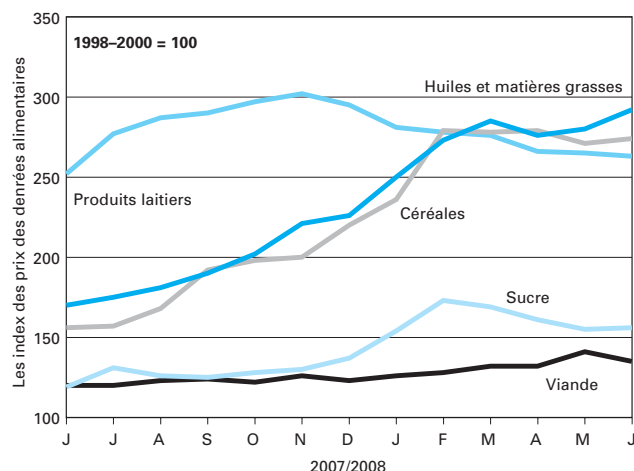
* L'Afrique comprend tous les États membres de l'Union africaine. L'Asie comprend les pays des régions d'Asie de l'Est/Pacifique et d'Asie du Sud. Le total des chiffres peut ne pas toujours représenter 100 % car il a été arrondi.

La crise alimentaire mondiale et son impact potentiel sur la santé maternelle et néonatale

La récente flambée des prix des denrées alimentaires dans le monde, qui a commencé en 2006 et a continué en 2007-2008, illustre bien la vulnérabilité de millions de personnes face à la faim et à la dénutrition, surtout dans les pays où la sécurité alimentaire reste un problème majeur. On assiste à des augmentations marquées pour des aliments de base comme les huiles végétales, les céréales, les produits laitiers et le riz. Même si les fluctuations de prix sont choses courantes pour les produits de base, la situation en 2008 est différente en ce que la flambée des prix mondiaux n'affecte pas seulement quelques rares marchandises mais presque toutes les denrées alimentaires et aliments pour animaux.

Figure 1.8

Les prix des denrées alimentaires ont fortement augmenté dans toutes les catégories*



* Les index des prix des denrées alimentaires cités ci-dessus représentent la moyenne pondérée des indices des prix pour les produits de base dans chacun des groupes ci-dessus. Les pondérations sont faites en fonction de la part moyenne à l'exportation de chacune des catégories pour la période 1998-2000. Par exemple, l'indice des prix des oléagineux et matières grasses a été établi à partir de la moyenne de 11 huiles différentes (y compris les huiles animales et de poisson), pondérée en fonction de la part moyenne à l'exportation de chaque produit pour la période 1998-2000. Pour plus de détails sur la composition des indices de prix pour chacune des catégories de produits, voir Source.

Source : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Indices des prix alimentaires, <http://www.fao.org/worldfoodsituation/foodpricesindex/fr/>, consulté le 1er août 2008

En juin 2008, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture des Nations Unies avait noté 22 pays en développement qui se trouvaient dans une situation particulièrement vulnérable face à la crise alimentaire. Cette évaluation reposait sur une combinaison de trois facteurs de risque :

- un taux de prévalence de l'insuffisance pondérale de 30 % ou plus dans la population
- une forte dépendance vis-à-vis des importations d'aliments de base comme le riz, le blé et le maïs
- une forte dépendance vis-à-vis des importations de produits pétroliers.

Les Comores, l'Érythrée, Haïti, le Libéria et le Niger font partie des pays où ces trois facteurs ont atteint un niveau inquiétant. On ne s'étonnera pas que la plupart de ces nations fassent partie des pays les moins avancés et aux revenus les plus bas. Mais même dans ces pays, ce sont les couches les plus démunies de la popu-

lation, celles qui dépensent la majorité de leurs revenus disponibles en nourriture, qui seront vraisemblablement le plus éprouvées par la crise alimentaire.

Répondre aux besoins nutritifs particuliers des mères et des nouveau-nés

Lors des situations d'urgence comme une crise alimentaire, les femmes enceintes ou qui allaitent, ainsi que leurs nourrissons, font partie de ceux pour qui le risque de dénutrition est le plus élevé, à cause de leurs besoins caloriques plus élevés. Ainsi, les femmes enceintes doivent ingérer près de 285 calories de plus par jour, et celles qui allaitent ont besoin de 500 calories supplémentaires. Leurs besoins en micronutriments sont également plus élevés, et elles doivent prendre suffisamment de fer, de folate, de vitamine A et d'iode pour se maintenir en bonne santé, elles et leur bébé.

Face à la crise alimentaire, la FAO a demandé une intervention rapide au niveau de l'approvisionnement, afin de revenir à un meilleur équilibre entre l'offre et la demande de nourriture, surtout dans les pays les plus éprouvés. De plus, dans les pays recevant une aide alimentaire, des politiques doivent être mises en place pour rééquilibrer des schémas de répartition de la nourriture entre différents membres de la famille qui pourraient avoir pour résultat que les femmes enceintes ou qui allaitent consomment moins que ce dont elles ont besoin. Quand on offre une aide alimentaire aux personnes qui risquent le plus de manquer de nourriture ou de souffrir de dénutrition, il faut prévoir un supplément pour les femmes enceintes, en général sous forme de rations à emporter, soit lors de la distribution générale, soit par le biais de programmes d'alimentation supplémentaire. Les femmes enceintes ou qui allaitent auront peut-être aussi besoin d'autres interventions complémentaires liées à la nutrition, comme l'enrichissement des aliments, une supplémentation en micronutriments, des rations supplémentaires d'eau potable, une prise en charge du paludisme en cours de grossesse, une gestion prophylactique des parasites internes ainsi que des conseils de sensibilisation à la nutrition.

Les campagnes de communication et de sensibilisation sur l'aide alimentaire devraient insister sur les besoins nutritifs spécifiques des femmes enceintes ou qui allaitent et inclure des messages aux familles et aux communautés expliquant pourquoi celles-ci reçoivent un supplément de nourriture. Les messages d'information devraient rappeler l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, avec une alimentation complémentaire pour les nourrissons plus âgés. Comme le VIH peut être transmis par le lait maternel, en ce qui concerne les mères séropositives, les pratiques en matière d'allaitement peuvent différer en fonction de la disponibilité d'aliments de substitution sans danger.

L'information et les mécanismes d'alerte rapide continuent de jouer un rôle crucial car ils permettent de prendre en temps utile des mesures appropriées et d'éviter bien des souffrances. Le Système mondial d'information et d'alerte rapide de la FAO est en train de prouver sa capacité à alerter le monde entier dès le début d'une pénurie alimentaire. Il faudra en faire plus, cependant, pour créer des mécanismes fiables de réaction aux crises alimentaires et pour élaborer des politiques nationales et internationales qui donnent la priorité à une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable – et tiennent compte des besoins spécifiques des femmes et des jeunes enfants.

Voir Références, page 107.

Encourager des comportements sains pour les mères, les nouveau-nés et les enfants : le guide *Savoir pour Sauver*

Pour créer un environnement favorable à la santé de la mère et du nouveau-né, il faut modifier les comportements discriminatoires à l'encontre des femmes et des filles et adopter des pratiques sanitaires qui les protègent des maladies et des blessures. Des pratiques sanitaires, comme l'allaitement du nouveau-né exclusivement au sein pendant les six premiers mois de sa vie ou le lavage des mains avec du savon, doivent se fonder sur des données factuelles et établies par des spécialistes de la médecine.

Pour permettre aux femmes et aux filles de se prendre en charge, et pour soutenir la santé des mères et des nouveau-nés, il est essentiel de décrire ces pratiques aux parents et autres dispensateurs de soins en termes non techniques. Il y a vingt ans, huit institutions des Nations Unies – l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, le Programme des Nations Unies pour le développement, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, le Programme alimentaire mondial et la Banque mondiale – ont publié ensemble un guide destiné à transmettre à tout le monde ces connaissances vitales. Le guide, appelé *Savoir pour Sauver*, s'adressait aux communicateurs – agents de santé, médias, fonctionnaires gouvernementaux, médias, organisations non gouvernementales, enseignants, autorités religieuses, employeurs, syndicats, associations féminines, organisations communautaires et autres. Sa troisième édition, publiée en 2002, abordait toute une gamme de sujets :

- L'espace des naissances
- La maternité sans risques
- Le développement et l'apprentissage du jeune enfant
- L'allaitement maternel
- La nutrition et la croissance
- La vaccination
- La diarrhée
- La toux, les rhumes et autres maladies plus graves
- Le paludisme
- Le VIH/SIDA
- La prévention des accidents
- Les catastrophes et les situations d'urgence

Des messages clés, concis et pratiques, y expliquaient en termes clairs les actions recommandées et offraient des informations supplémentaires sur tel ou tel problème.

Le guide se fondait sur un principe de base : une bonne communication va au-delà de la simple information. Cela nécessite également la présentation de l'information de manière simple et intéressante et une aide aux personnes pour qu'elles comprennent sa pertinence. Le guide examine aussi diverses manières d'intervenir et d'éliminer les obstacles et autres goulets d'étranglement.

Savoir pour Sauver a été diffusé un peu partout dans le monde : en 2002, plus de 15 millions d'exemplaires étaient en circulation, en 215 langues différentes. Une nouvelle édition du guide est en cours d'élaboration.



Soins de santé primaires : il y a 30 ans, Alma-Ata

La Déclaration d'Alma-Ata de 1978 a été révolutionnaire en ce sens qu'elle a relié l'approche de la santé fondée sur les droits à une stratégie viable pour y parvenir. La déclaration issue des travaux de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires a identifié les soins de santé primaires comme étant la clé de la réduction des inégalités en matière de santé entre les pays et en leur sein, ce qui contribue à la réalisation de l'objectif ambiteux mais non encore atteint de « La santé pour tous » à l'horizon 2000. Les soins de santé primaires ont été définis dans ce document comme étant « des soins de santé essentiels », fondés sur des interventions scientifiquement éprouvées. Ces services devaient être rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles à un coût que la communauté et le pays puissent assumer. Les soins de santé primaires devaient comprendre huit éléments : une éducation concernant les problèmes de santé; une nutrition adéquate; des soins de santé maternelle et infantile; des mesures d'assainissement de base; un approvisionnement suffisant en eau salubre; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales; le traitement des maladies et blessures courantes; et la fourniture de médicaments essentiels.

La Déclaration d'Alma-Ata appelle les gouvernements à élaborer des politiques nationales visant à introduire les soins de santé primaires dans leur système national de santé. Elle insiste sur l'importance des soins de santé communautaires qui reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays. Ce modèle permettrait de « rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent » en leur permettant de se faire traiter par des agents de santé communautaires, des infirmières et des médecins dûment préparés. Un tel modèle devrait également favoriser l'autosuffisance des individus au sein d'une communauté et leur participation à la planification et au fonctionnement des programmes de soins. Des systèmes d'aiguillage viendraient compléter la gamme de soins en offrant des services complets aux personnes qui en ont le plus besoin – les plus pauvres et les plus marginalisées.

La Conférence d'Alma-Ata est animée du même esprit que le mouvement pour la justice sociale qui a abouti à la Déclaration de 1974 sur la création d'un nouvel ordre économique international. Tous deux soulignent l'interdépendance de l'économie mondiale et préconisent des transferts d'aide et de connaissances pour inverser la tendance à l'accentuation du clivage économique et technologique entre pays industrialisés et pays en développement dont la croissance a, dans de nombreux cas, été entravée par la colonisation. Alma-Ata s'est aussi inspiré des exemples d'innovations communautaires dans les pays pauvres après la seconde guerre mondiale. Les dispensaires pour les enfants de moins de cinq ans au Nigéria, les médecins aux pieds nus en

Chine et les systèmes de santé cubain et vietnamien ont démontré que la santé pouvait progresser sans l'infrastructure dont disposent les pays industrialisés.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata a elle-même marqué une étape importante. Elle fut à l'époque la plus grande conférence internationale jamais organisée sur un thème unique de la santé et du développement international – 134 pays et 67 organisations non gouvernementales y ont participé. Pourtant, elle a dû faire face à nombre d'obstacles pour tenir sa promesse. D'une part, la déclaration était non contraignante. Il y eut, dès le départ, des désaccords conceptuels sur la manière de définir des termes fondamentaux tels que « l'accès universel », qui persistent aujourd'hui. Dans le contexte de la guerre froide, ces termes ont révélé les divergences idéologiques marquées entre les mondes capitaliste et communiste, une discorde peut-être accentuée par le fait que la Conférence d'Alma-Ata a eu lieu dans un pays qui était alors l'Union soviétique.

Avec la décennie qui a suivi les années 1970, un environnement économique tumultueux a contribué à détourner l'attention des soins de santé primaires en faveur du modèle plus abordable des soins de santé sélectifs, axé sur des maladies et des conditions particulières. Néanmoins, malgré les résultats mitigés des soins de santé primaires dans les pays où ce modèle a été mis en œuvre, les progrès réalisés en matière de santé publique illustrent la flexibilité et l'applicabilité du modèle communautaire.

Les progrès insuffisants pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement, auxquels s'ajoutent les menaces que les changements climatiques, la pandémie de grippe et la crise alimentaire mondiale font peser sur la santé et la sécurité mondiale, ont conduit à un regain d'intérêt pour les soins de santé primaires d'ensemble. Pourtant, les nombreux problèmes qui ont entravé la mise en œuvre de la Déclaration d'Alma-Ata persistent et doivent être résolus pour atteindre ce but aujourd'hui. En s'appuyant sur les éléments de plus en plus nombreux qui montrent l'efficacité d'initiatives d'un bon rapport coût-efficacité et en intégrant les soins au niveau des foyers et des communautés, avec des services fournis par des centres de santé et des services de proximité – tels que les services de santé maternelle et infantile décrits au Chapitre 3 – on permettra aux gouvernements, aux partenaires internationaux et aux organisations de la société civile de revitaliser les soins de santé primaire.

Voir Références, page 108.

Pallier la pénurie de personnel de santé : une tâche prioritaire pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né

La pénurie de personnel de santé qualifié représente l'un des principaux obstacles à la santé maternelle et néonatale. Une enquête menée en 2006 par l'Organisation mondiale de la Santé révèle que si l'Afrique représente plus de 24 % de la charge mondiale de morbidité, elle ne possède que 3 % des agents sanitaires et moins de 1 % des ressources consacrées à la santé, même en tenant compte des prêts et des dons de l'étranger. En revanche, la région des Amériques, qui couvre l'Amérique latine, les Caraïbes et l'Amérique du Nord, représente 10 % de la charge mondiale de morbidité, mais regroupe 37 % des agents sanitaires et plus de 50 % du montant total des ressources consacrées à la santé dans le monde.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, il manque près de 4,3 millions d'agents de santé dans toutes les régions du monde, sauf l'Europe. Plus précisément, il n'y a pas assez de personnel de santé qualifié – médecins, personnel infirmier ou sages-femmes – pour assurer un accompagnement des accouchements. Selon une étude de la Joint Learning Initiative, un pays a besoin en moyenne de 2,28 professionnels de la santé pour 1 000 habitants pour assurer le taux de couverture souhaité pour un accompagnement qualifié des accouchements. Sur les 57 pays qui se trouvent en dessous de ce seuil, 36 sont situés en Afrique subsaharienne. Bien qu'en valeur absolue, la pénurie la plus forte s'observe en Asie – surtout au Bangladesh, en Inde et en Indonésie – en valeur relative, c'est en Afrique subsaharienne qu'elle est la plus importante. Cette région devrait augmenter ses effectifs d'agents de santé de près de 140 % pour atteindre le seuil requis. Selon une estimation antérieure de l'OMS, il faudrait former 334 000 accoucheurs/ses qualifié(s) dans l'ensemble du monde pour assurer une couverture de 73 % de tous les accouchements.

La pénurie de personnel de santé qualifié résulte de nombreux facteurs, y compris le manque d'investissements dans la formation et le recrutement, la faiblesse des incitations proposées aux agents de santé, le faible niveau de rémunération et le stress lié à ces professions. La forte migration des professionnels de la santé qualifiés des pays en développement vers les pays industrialisés – stimulée par l'essor de la demande de personnel sanitaire des pays industrialisés en raison du vieillissement de leur population – joue également un rôle à cet égard. Une enquête portant sur 10 pays africains a montré que la proportion de médecins formés sur place et qui exercent dans huit pays de l'OCDE représente 23 % de l'effectif des médecins restés au pays pour y travailler.

Les tendances démographiques à l'intérieur des pays influencent également fortement la pénurie de personnel de santé. L'urbanisation rapide des pays en développement accentue cette pénurie dans les zones rurales, les professionnels qualifiés préférant trouver du travail dans les agglomérations urbaines plus riches. Les agents de santé, qui sont généralement formés en milieu urbain, sont souvent réticents à s'établir en milieu rural estimant que le travail y est plus difficile, les conditions de vie plus élémentaires et l'accès aux équipements collectifs et de loisirs plus limité. Une enquête menée en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est montre, par exemple, que des postes ont été dédaignés en zones rurales pour trois raisons : revenus moins élevés, prestige plus faible et plus grand isolement social.

Le SIDA a, lui aussi, des conséquences dévastatrices sur les systèmes de santé dans les pays où il atteint des proportions épidémiques. Dans ces pays, les agents de santé sont confrontés aux mêmes risques dans leur vie privée que les autres habitants mais ils sont également exposés à des risques significatifs car ils travaillent dans des conditions où les équipements de protection et la prophylaxie sont souvent déficients. Une étude réalisée en 2004 en Afrique du Sud a révélé un taux de prévalence du VIH de 25 % chez les jeunes agents de santé. Ces professionnels méritent un niveau plus élevé de protection et de soins, notamment un renforcement de la dotation en équipements de protection, des protocoles de sécurité pour éviter les piqûres accidentelles d'aiguilles contaminées, une prophylaxie en cas d'exposition au virus, et des traitements antirétroviraux en cas d'infection par le VIH.

La mise en place d'un continuum de soins de qualité pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales exige des stratégies visant à réduire les déficits en personnel de santé. Si une partie de ce déficit peut être comblée par le recrutement et la formation d'agents de santé communautaires – qui ont révélé qu'ils avaient suffisamment d'ingéniosité pour fournir des services de base – il reste encore beaucoup à faire pour former des agents de santé qualifiés et les fidéliser, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

Voir Références, page 108.

Vers une plus grande équité en matière de santé maternelle et néonatale

Par Cesar G. Victora, Professeur d'épidémiologie, Universidade Federal de Pelotas, Brésil

La question de l'égalité sur le plan de la santé et de l'accès aux soins de santé primaires bénéficie d'une attention accrue dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile. Des éléments nouveaux et des recherches récentes sur l'ampleur des disparités en matière de santé et dans d'autres domaines du développement corroborent cette tendance. Les inégalités sont définies comme étant des différences systématiques, injustes et évitables entre des groupes de population, qui incluent généralement des disparités liées à des facteurs tels que la situation socio-économique, le sexe, l'origine ethnique et le lieu de résidence.

La présence de soignants qualifiés lors de l'accouchement – une intervention essentielle pour améliorer la santé et la survie maternelles et néonatales – figure parmi les interventions sanitaires les plus inégalement réparties. La Figure 2.6 montre la proportion moyenne d'accouchements assistés par un personnel qualifié, sur la base des résultats des enquêtes nationales effectuées récemment dans des pays à revenu faible et intermédiaire. On constate des inégalités flagrantes entre les régions, l'Europe et l'Asie centrale présentant le niveau de couverture le plus élevé pour tous les groupes de revenus, et l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud étant les régions les plus à la traîne.

Outre les variations entre les régions, il existe dans chaque région d'importantes disparités socio-économiques – comme on l'a constaté en comparant la présence de soignants qualifiés lors de l'accouchement dans tous les quintiles de revenu. Parmi les 20 % plus pauvres des mères d'Asie du Sud, moins de 10 % des naissances se font en présence de personnel qualifié, contre 56 % pour les mères du quintile le plus riche de cette région. Les autres régions en développement présentent des disparités similaires;

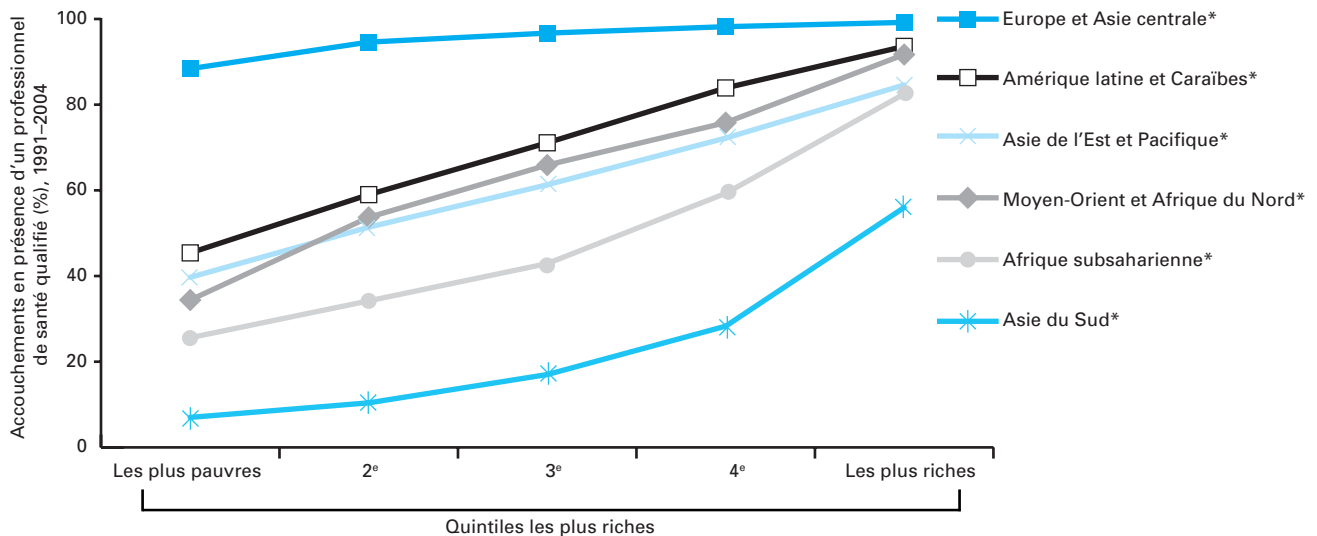
même en Europe et en Asie centrale – où la plupart des pays ayant fourni des données d'enquête sont d'anciennes républiques socialistes – la proportion d'accouchements assistés par des soignants qualifiés est nettement plus faible pour les femmes les plus pauvres que pour les plus riches.

D'autres mesures des disparités dans la prestation des soins de santé font apparaître des différences tout aussi marquées. Dans les pays en développement, les mères et les enfants vivant en milieu urbain ont généralement un meilleur accès aux soins de santé et un meilleur état de santé que ceux qui vivent en zone rurale. Les inégalités socio-économiques sont également marquées en milieu urbain, où les conditions sanitaires des habitants de taudis sont particulièrement mauvaises. À l'intérieur des pays, on relève également des différences considérables entre les États et les provinces en matière de santé maternelle et infantile, comme en témoignent les fortes variations des indicateurs de santé entre les États prospères du Sud du Brésil et les régions les plus pauvres du Nord-Est.

Les mères et les enfants pauvres sont mal desservis tout au long du continuum de soins. Des données provenant de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont été utilisées pour documenter la proportion de mères et d'enfants ayant bénéficié d'un ensemble de quatre interventions essentielles : soins prénatals, présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, soins postnatals et vaccination des enfants. La couverture pour ces quatre interventions était deux à six fois plus étendue – selon le pays – parmi les groupes les plus riches que parmi les groupes les plus pauvres. Cette structure inéquitable des soins de santé reflète et contribue à perpétuer l'exclusion sociale à laquelle sont confrontés les pays les

Figure 2.6

Mères ayant bénéficié de la présence d'un personnel sanitaire qualifié lors de l'accouchement, par quintile de richesse et région



* Voir Références page 108.

Source : Gwatkin, D. R., et al., *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: An overview*, Health, Nutrition and Population, Banque mondiale, Washington, D.C., septembre 2007, pp. 123–124.

plus pauvres et les groupes les plus marginalisés, et explique en partie pourquoi la mortalité maternelle, néonatale et infantile présente des variations socio-économique aussi marquées.

Les systèmes de santé ont un rôle important à jouer pour corriger ces disparités. Des exemples de l'ensemble du monde en développement montrent que des efforts considérables peuvent être déployés, et le sont, pour faire face aux disparités dans l'accès aux services essentiels et les atténuer.

- En République-Unie de Tanzanie, qui a privilégié les interventions visant à lutter contre les maladies qui affectent les mères et les enfants pauvres, et leur a accordé la priorité dans les budgets de santé des districts, la mortalité a reculé.
- Au Pérou, les départements (provinces) plus pauvres sont les premiers à recevoir les nouveaux vaccins, et ce n'est qu'une fois qu'ils ont atteint un taux de couverture élevé que la distribution de vaccins se fait dans le reste du pays.
- Au Bangladesh, la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) a été systématiquement déployée dans les zones les plus pauvres du pays; une stratégie similaire est appliquée par le Programme de santé familiale (PSF) du Brésil.

Sachant que les pauvres sont plus susceptibles de vivre dans des zones rurales et reculées, utiliser des voies appropriées pour leur permettre d'avoir accès aux services essentiels devrait être une préoccupation dominante du secteur de la santé. La Figure 2.7 montre comment la mise en œuvre de la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) a permis de réduire les

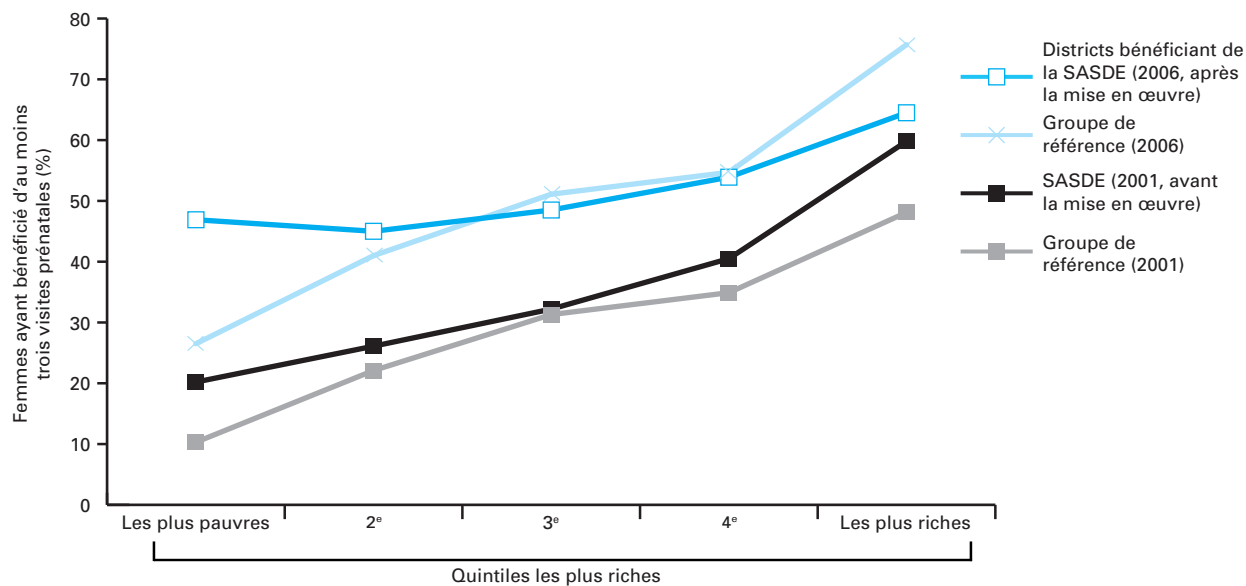
inégalités dans l'accès aux soins prénatals au Mali. Tandis que les districts bénéficiant de la SASDE et les districts de référence affichaient des disparités sociales marquées avant la mise en route du programme en 2001, cinq ans plus tard, l'accès aux soins prénatals étaient nettement plus équitables dans les districts appliquant un programme de type SASDE que dans les zones de référence. La SASDE reposait largement sur des initiatives de sensibilisation visant à améliorer l'accès des mères rurales vivant dans des zones reculées. Ce constat n'a toutefois pas été confirmé dans les autres pays menant des programmes de type SASDE où les activités de sensibilisation n'étaient pas systématiquement déployées.

La réduction des inégalités en matière de santé est essentielle pour assurer la pleine réalisation des droits de l'homme. Sachant que les lacunes dans les prestations de soins de santé favorisent ces inégalités, les systèmes de santé sont eux aussi appelés à jouer un rôle dans leur élimination. Cette affirmation est d'autant plus vraie que c'est en s'adressant directement aux plus pauvres et aux plus marginalisés, qui sont confrontés à la charge de morbidité la plus forte, que l'on a le plus de chances de faire progresser la survie maternelle, néonatale et infantile. Il existe de nombreux exemples d'initiatives couronnées de succès qui, lorsqu'elles ont été mises en œuvre avec suffisamment de soutien politique et des ressources adéquates, ont abouti à des réductions substantielles des inégalités dans le domaine de la santé. Les pays et les sociétés doivent, avant tout, faire connaître leurs exemples de réussite, adopter les meilleures pratiques et mobiliser sur le long terme la volonté politique de placer l'équité au premier rang des priorités en matière de santé.

Voir Références, page 108.

Figure 2.7

Femmes du Mali ayant bénéficié d'au moins trois visites prénatals, avant et après la mise en œuvre de la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE)



Le Pérou, un pays à revenu moyen inférieur, où 73 % de la population vit en zone urbaine, a fait d'énormes progrès dans la réduction de la mortalité infantile, qui est passée de 1 pour 6 enfants en 1970 à 1 pour 50 en 2006. Entre 1990 et 2007, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué de 74 % dans ce pays – la diminution la plus rapide de toute la région Amérique latine et Caraïbes pour cette période. Les résultats sont toutefois moins encourageants dans le domaine de la santé maternelle. Le taux de mortalité maternelle, estimé à 240 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005, est parmi les plus élevés de la région. En outre, les femmes péruviennes doivent faire face à un risque de mortalité maternelle estimé à 1 pour 140 en 2005, soit deux fois la moyenne régionale qui est de 1 pour 280.

La progression relativement faible de ce pays dans la réduction de la mortalité maternelle a conduit à son inscription sur la liste élargie des pays prioritaires pour l'initiative du Compte à rebours 2015, dont les critères ont été élargis pour inclure les seuils de mortalité maternelle en plus de ceux de mortalité infantiles établis en 2005. Selon le Ministère de la santé, les femmes rurales courent deux fois plus de risques que les habitantes des zones urbaines de mourir de causes liées à la grossesse. En 2000, 20 % seulement des accouchements se faisaient en présence de soignants qualifiés dans les communautés rurales, contre 69 % dans les zones urbaines.

À l'instar des autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes, le défi que doit relever le Pérou pour améliorer la santé maternelle et néonatale – et le domaine où il a le plus de chances de progresser – consiste à remédier aux disparités liées à l'appartenance ethnique, à la géographie et à l'extrême pauvreté. Il lui faudra pour cela fournir des services de qualité aux femmes et aux enfants, dans leur lieu de résidence ou à proximité, et assurer des services intégrés de soins courants et d'urgence à la mère et au nouveau-né.

Une partie du défi consiste à adapter les services de santé existants, souvent en établissements de soins ou ambulatoires, aux coutumes des populations qui sont actuellement mal desservies par le système de santé. Par exemple, conformément à la tradition et aux pratiques culturelles, les femmes rurales préfèrent souvent accoucher à domicile dans la position verticale, sous la supervision d'une accoucheuse traditionnelle, plutôt que dans un centre de santé en salle d'accouchement. En outre, même lorsque ces mères décident de faire appel à des structures officielles de santé, la distance jusqu'à l'établissement de soins, le coût des services, les barrières linguistiques et d'autres obstacles risquent de les en dissuader.

Veiller à ce que les mères aient la possibilité d'accoucher chez elles, avec l'aide d'accoucheuses qualifiées et un système d'aiguillage solide vers les soins obstétricaux d'urgence en cas de nécessité, peut être un bon moyen d'intégrer les services officiels de santé avec les pratiques traditionnelles. À cette fin, le Ministère de la santé, en collaboration avec l'UNICEF Pérou, a mis au point un projet de santé maternelle qui comprend quatre grandes stratégies :

- Mettre en place des maisons d'attente pour les mères afin de résoudre la difficulté posée par l'éloignement géographique des services de santé.
- Favoriser le soutien familial et communautaire pour que la maternité et l'état de la mère devienne une priorité.
- Améliorer l'accès au Service de santé intégral, qui couvre le coût des soins prénatals, périnatals et post-natals pour les familles pauvres.
- Adapter les services de maternité afin d'éliminer les barrières entre le personnel des établissements de santé et les mères qui ont en matière d'accouchement des traditions culturelles profondément enracinées.

Les maisons d'attente pour les mères, baptisées « Mamawasi », sont construites de manière à encourager les femmes rurales à accoucher dans un centre de santé plutôt qu'à la maison. Actuellement, on compte près de 400 maisons d'attente pour les mères, rattachées à des centres de santé ou des hôpitaux, ainsi que des bâtiments loués dans les régions d'Apurimac, de Cuzco et d'Ayacucho. Les femmes enceintes venant de communautés proches et éloignées peuvent rester dans ces maisons jusqu'à ce qu'elles accouchent. Les femmes des villages éloignés peuvent y rester plusieurs semaines, voire plusieurs mois. La Mamawasi est conçue pour ressembler à une maison de village traditionnelle. Les femmes enceintes sont autorisées à venir s'y installer avec des membres de leur famille afin d'accroître leur confiance et d'améliorer leur confort.

Les centres de santé ont également modifié leurs habitudes. Par exemple, la position verticale est acceptée pour l'accouchement, un membre de la famille ou une sage-femme traditionnelle est autorisé à accompagner les femmes durant l'accouchement, et les locaux sont chauffés.

Ce programme a transformé le quotidien des services de santé en encourageant la sensibilité culturelle dans les soins de santé. C'est dans le district de Huancarani, situé dans la province andine de Paucartambo, dans la région de Cuzco, que la mise en œuvre de la nouvelle stratégie a été le plus fructueuse. Aujourd'hui, près de 3 femmes enceintes sur 4 consultent des centres de santé dans les régions desservies, en particulier pour l'accouchement, contre 1 femme sur 4 autrefois. Le programme a été intégré dans les politiques sanitaires des districts et des provinces, et a été adopté en 2004 par le Ministère de la santé en tant que norme nationale à mettre en œuvre dans tout le pays. Le Ministère de la santé a également créé des modules de formation pour apprendre au personnel de santé à adapter les services aux diverses cultures.

Voir Références, page 108.

Sud-Soudan : après la paix, une nouvelle bataille s'engage contre la mortalité maternelle

À l'issue de 21 ans de conflit, la guerre civile entre le nord et le sud du Soudan a pris fin en 2005. Alors que les combats ont pratiquement cessé, le Sud-Soudan doit mener une autre bataille - contre la mortalité maternelle et néonatale. Selon une enquête sur la santé effectuée auprès des ménages au Soudan en 2006, le taux de mortalité maternelle de l'Équatoria occidentale, une province du Sud-Soudan, était de 2 327 décès pour 100 000 naissances vivantes, l'un des plus élevés du monde. En 2006, le taux de mortalité néonatale était de 51 décès pour 1 000 naissances vivantes, c'est-à-dire nettement supérieur au taux national de 41 décès pour 1 000 naissances vivantes.

La couverture globale des soins de santé, gérés pour la plupart par l'intermédiaire d'un petit nombre d'organisations non gouvernementales, est estimée à seulement 25 %. Même lorsque des soins de santé sont disponibles, les services de santé maternelle sont limités et rarement utilisés. L'une des raisons pourrait être le manque d'éducation. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a estimé qu'en 2006, le taux d'alphabétisation des femmes du Sud-Soudan était de 12 % seulement, comparé à 37 % pour les hommes, ce qui explique que les femmes aient un accès limité à l'information en matière de santé.

Autre raison possible, les femmes enceintes doivent parcourir de longues distances à pied pour se rendre aux centres de soins prénatals et, par conséquent, le taux de fréquentation varie fortement d'une région à une autre, allant de 17,4 % dans l'État d'Unity, en 2006, à environ 80 % dans l'Équatoria occidentale. Moins de 15 % des naissances enregistrées au Sud-Soudan se font en présence de personnel de santé qualifié, et 80 % ont lieu à domicile, sous la supervision de parents, d'accoucheuses traditionnelles ou de sages-femmes villageoises (une accoucheuse suit généralement une formation d'environ neuf mois). Pourtant, la plupart des causes de mortalité maternelle - telles que accouchement prolongé/obstrué, hémorragies, septicémie et éclampsie - pourraient être gérées par une meilleure formation du personnel de santé.

La qualité des services prénatals et à l'accouchement est faible faute de personnel techniquement qualifié. Dans les 10 États du Sud-Soudan, les sages-femmes, les accoucheuses traditionnelles et autres personnels de santé maternelle et néonatale n'ont pas la formation requise pour effectuer des gestes simples propres à sauver la vie ou à soigner. Le manque de matériel et de fournitures, des systèmes d'aiguillage insuffisants, une infrastructure physique et des transports inadéquats entravent les prestations. Les services de soins post-

natals sont pratiquement inexistants, bien que la plupart des décès maternels et néonataux enregistrés au Sud-Soudan se produisent durant la période post-natale.

Dans ce contexte, le gouvernement du Sud-Soudan et ses partenaires ont pris des dispositions afin de renforcer les services de santé maternelle. La Politique sanitaire provisoire (*Interim Health Policy*) pour 2006-2011 présente une approche intégrée qui reconnaît la nécessité d'améliorer les services de santé tout en protégeant les droits des femmes. Le Ministère de la santé s'est engagé à créer des nouveaux centres de santé primaire, de la procréation et maternelle, tout en soutenant le recours aux médias et aux services de conseils pour diffuser l'information sur la nutrition, les pratiques traditionnelles préjudiciables et la santé sexuelle. Afin de pouvoir répondre immédiatement aux besoins de santé, les sages-femmes qui possèdent des qualifications de base bénéficient d'une formation accélérée, avec l'appui de l'UNFPA. En juin 2006, le premier centre de réparation des fistules du Sud-Soudan a été créé à l'hôpital universitaire de Juba.

Afin d'accélérer la mise en œuvre de cette stratégie, le gouvernement a déjà mis en place une Direction de la santé de la procréation et recrute des coordonnateurs pour faciliter, coordonner et surveiller les activités de santé maternelle et néonatale dans chaque État. L'UNICEF appuie l'expansion des services prénatals et obstétricaux d'urgence dans plusieurs États et la diffusion des principaux messages de santé à la radio et par le biais des services de proximité.

Il reste encore beaucoup à faire. Le retour des réfugiés et les mouvements de nombreuses populations déplacées, le taux de fécondité élevé (6,7) que connaît le Sud-Soudan et l'augmentation des taux d'infection par le VIH dans certaines populations, exigent un programme de santé systématique. La lutte risque d'être longue, mais ceux qui se sont engagés à gagner cette bataille sont déjà à pied d'œuvre.

Voir Références, page 108.

Éliminer le tétanos maternel et néonatal

Le tétanos demeure une cause importante de décès maternel et néonatal : plus de 180 000 nouveau-nés et entre 15 000 et 30 000 mères en sont morts en 2002. La maladie se développe lorsqu'une bactérie, *Clostridium tetani*, infecte l'organisme via une coupure ou une plaie. Le tétanos maternel peut-être attribué à des pratiques insalubres pendant l'accouchement ou un avortement, et le tétanos néonatal, à des soins non hygiéniques du cordon ombilical d'un bébé. Faute de soins intensifs administrés à l'hôpital, le tétanos néonatal est presque toujours mortel. Comme pour d'autres causes de décès maternel et néonatal, c'est en Afrique subsaharienne et en Asie que se déclarent la plupart des cas, notamment dans les communautés pauvres et marginalisées où les femmes ont un accès limité à des soins de santé de bonne qualité et connaissent mal les pratiques de l'accouchement sans risques.

Le tétanos peut être facilement évité en vaccinant les femmes adultes et en réalisant les accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène. Depuis 1980, première année pour laquelle nous disposons de données complètes, la mise en œuvre progressive de ces deux mesures, notamment la vaccination des femmes enceintes, a permis de réduire considérablement le nombre de cas de tétanos maternel et néonatal et des décès qu'il entraîne. En 1988, le tétanos était responsable d'environ 800 000 décès de nouveau-nés, et plus de 90 pays ont déclaré un ou plusieurs cas de tétanos néonatal pour 1 000 naissances vivantes au niveau des districts. À la mi-2008, seulement 46 pays ont signalé un ou plusieurs cas de tétanos maternel et néonatal au niveau des districts.

La vaccination est l'une des interventions les plus remarquables pour neutraliser le tétanos maternel et néonatal. L'efficacité de l'anatoxine tétanique est avérée : deux doses suffisent à fournir une concentration d'antitoxines qui protège de la maladie dans la plupart des cas, et après la troisième dose, l'immunité est acquise dans presque 100 pour 100 des cas. Le taux mondial de vaccination des femmes enceintes contre le tétanos néonatal a fortement augmenté depuis 1980, où il n'était que de 9 %, pour atteindre 81 % en 2007. Néanmoins, cela veut dire que près d'un nouveau-né sur 5 n'est toujours pas protégé. Cela est dû en partie à des occasions manquées de vacciner les femmes enceintes qui se présentent dans les centres de santé pour recevoir des soins prénatals, au fait que les femmes se font vacciner trop tard, ou au manque de vaccins administrés après l'accouchement pour protéger les grossesses suivantes.

Les femmes qui risquent de contracter le tétanos vivent dans des communautés où l'accès aux soins de santé et à la vaccination est limité. Pour les atteindre, une solution innovante – appelée l'« approche à haut risque » – a été mise en place. Cette stratégie consiste à administrer au moins deux doses d'anatoxine tétanique (TT) à toutes les femmes en âge de procréer vivant dans des régions jugées à haut risque. Les facteurs de risque liés au tétanos sont expliqués aux communautés, entre autres, les pratiques d'accouchement non hygiéniques et le fait de ne pas être vacciné. L'amélioration des pratiques d'accouchement est encouragée et la surveillance du tétanos néonatal est renforcée. Des injections de rappel sont administrées aux femmes qui n'ont aucun document prouvant qu'elles ont été vaccinées lorsqu'elles étaient enfants.

L'approche à haut risque a été largement adoptée, ce qui a permis à 64 millions de femmes de recevoir au moins deux doses

d'anatoxine tétanique entre 1999 et 2005. Les résultats obtenus au niveau des pays ont été impressionnants :

- Au Népal, au début des années 1980 et avant le début de la campagne, des enquêtes indiquaient des taux élevés de tétanos néonatal chez les nouveau-nés. En 2005, après la vaccination des femmes adultes et l'adoption de l'approche à haut risque, ces taux sont tombés à moins d'un décès par tétanos néonatal pour 1 000 naissances vivantes dans tous les districts.
- Selon une enquête réalisée en Égypte en 1986, 7 enfants sur 1 000 mouraient de tétanos néonatal peu après leur naissance, cette proportion passant à 10 pour 1 000 dans les zones rurales. Après avoir mis en œuvre l'approche à haut risque, en 2007, ce chiffre avait été ramené à moins d'un décès pour 1 000 naissances vivantes dans tous les districts.
- Au milieu des années 1980, le Bangladesh affichait des taux élevés de tétanos néonatal, à savoir entre 20 et 40 cas pour 1 000 naissances vivantes dans certaines régions du pays. À cette époque, seulement 5 % des femmes en âge de procréer étaient protégées par l'anatoxine tétanique et seulement 5 % des femmes enceintes accouchaient dans de bonnes conditions d'hygiène. En adoptant l'approche à haut risque, le Bangladesh a pu réduire son taux de mortalité due au tétanos néonatal, qui s'est stabilisé à moins d'un décès pour 1 000 naissances vivantes en 2008.

Certaines régions ont profité de l'approche à haut risque pour offrir d'autres services en même temps que la vaccination anti-tétanique, notamment la vaccination contre la rougeole (par ex., Kenya, Sud-Soudan) et la distribution de vitamine A (par ex., République démocratique du Congo). D'autres, comme l'Éthiopie, l'Ouganda et la Zambie, ont intégré cette approche aux mécanismes déjà en place pour lancer des interventions essentielles groupées. Outre le recul du tétanos néonatal, l'un des principaux avantages de l'approche à haut risque est qu'elle réduit les inégalités d'accès aux soins de santé maternelle et néonatale dans les pays, tout en montrant qu'il est possible d'offrir des interventions sanitaires aux populations qui ont été souvent oubliées ou omises.

Voir Références, page 109.

Hypertension : un problème courant mais complexe

Les troubles liés à l'hypertension sont l'un des problèmes médicaux qui surviennent le plus souvent pendant la grossesse, et sont à l'origine d'une proportion importante – entre 12 et 20 % – des décès de mères dans l'ensemble du monde. Ils affectent les femmes dans toutes les régions et causent près de 10 % des décès maternels en Afrique et en Asie, plus de 16 % dans les pays industrialisés, et plus d'un quart en Amérique latine et dans les Caraïbes. Pendant la grossesse, l'hypertension peut entraîner toute une série de problèmes, allant d'une tension artérielle élevée, qui est le moins grave, à l'hémorragie cérébrale, qui est mortelle. Elle peut causer la mort du fœtus, un accouchement prématuré et une insuffisance pondérale à la naissance chez le nouveau-né.

Les causes de l'hypertension sont encore mal connues, mais la recherche suggère que l'obésité, une forte consommation de sel et des prédispositions génétiques sont au nombre des facteurs. Certaines formes d'hypertension associées à la grossesse peuvent être attribuées à la biologie de la grossesse elle-même. La prééclampsie qui survient après la 20^e semaine est définie comme une hypertension gestationnelle qui s'accompagne d'un excès de protéines dans l'urine. Elle présente un risque grave pour la santé de la mère et du fœtus, notamment lorsque qu'elle se surajoute à l'hypertension chronique, et est une des causes principales des naissances prématurées.

Plusieurs facteurs de risque prédisposent les mères à ces problèmes, y compris la première grossesse, des grossesses multiples, des antécédents d'hypertension chronique, la maternité après 35 ans, le diabète gestationnel, l'obésité et les malformations fœtales. Une étude a montré que des intervalles de 59 mois ou plus entre deux grossesses étaient aussi associés à des taux élevés de prééclampsie et d'éclampsie. Les chercheurs ont aussi avancé au nombre des causes possibles les déséquilibres hormonaux, les carences en calcium et la résistance à l'insuline.

La supplémentation en calcium a donné de bons résultats dans les pays en développement où les femmes enceintes peuvent souffrir de carences calciques, en faisant reculer de 48 % l'incidence de la prééclampsie. Si cette intervention produit un effet similaire sur les décès maternels dus aux troubles hypertensifs, l'apport de suppléments en calcium pourrait prévenir quelque 21 500 décès de mères. L'essai « Magpie », la plus vaste étude réalisée sur les troubles hypertensifs liés à la grossesse de 1998 à 2002 à la fois dans des pays industrialisés et en développement, ainsi que les études de suivi, ont prouvé qu'en administrant du sulfate de magnésium aux femmes au stade de la prééclampsie, le risque de développer l'éclampsie diminuait. Des études ultérieures ont confirmé les résultats de cette intervention essentielle et peu coûteuse.

En théorie, les soins devraient commencer avant même la conception, de sorte que les problèmes médicaux survenus pendant les

grossesses précédentes soient connus et que l'on puisse décider des options disponibles pour traiter l'hypertension chronique. Les femmes souffrant d'hypertension doivent aussi être informées des risques qu'elles courent pendant leur grossesse et des changements que cette maladie pourrait nécessiter dans leur mode de vie. Les femmes enceintes qui souffrent d'hypertension doivent souvent garder le lit. Des examens réguliers effectués par des soignants qualifiés sont requis pour surveiller le début et la progression de la prééclampsie et d'autres troubles liés à l'hypertension.

L'hypertension gestationnelle a longtemps été considérée comme un problème d'obstétrique et les soins étaient davantage axés sur les conséquences qu'elle avait sur la grossesse plutôt que sur la mère à court et à long terme. Mais des recherches récentes ont montré que l'hypertension pendant la grossesse peut aussi affecter la santé d'une femme après la naissance, en accroissant les risques qu'elle contracte une hypertension chronique et une maladie cardiovasculaire. Compte tenu des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles attribuables à ces troubles, les recherches doivent se poursuivre. Le traitement ou la prise en charge de ces problèmes auront des répercussions importantes sur le modèle du continuum de soins de santé de la mère et du nouveau-né.

Voir Références, page 109.

Les 28 premiers jours de la vie

par Zulfiqar A. Bhutta, professeur et président, Département de pédiatrie et de santé de l'enfant, Aga Khan University, Karachi, Pakistan

Nous savons aujourd'hui qu'une vaste proportion des décès d'enfants ont lieu dans la période qui suit immédiatement la naissance, ou les 28 premiers jours de la vie. Sur un nombre estimé à 9,2 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde en 2007, près de 40 % se sont produits dans ce laps de temps. Dans de nombreux pays en développement, les décès néonataux comptent pour plus de la moitié de tous les décès de nourrissons, et la vaste majorité d'entre eux se produisent dans les premiers jours de la vie. Les principales causes de ces décès sont des infections graves (36 %), la prématurité (27 %), l'asphyxie à la naissance (23 %) et les malformations congénitales (7 %). Ces chiffres ne comprennent pas les près de 3 millions d'enfants qui sont mort-nés tous les ans. Dans 30 à 40 pour cent des cas, ces décès sont dus à des problèmes survenus pendant le travail et l'accouchement, qui peuvent quant à eux résulter de problèmes intra-utérins ou de l'asphyxie.

Plusieurs raisons expliquent l'absence relative de progrès accomplis pour réduire la mortalité néonatale. La plus importante est que, contrairement à la santé du bébé pendant la période post-natale (29 jours à 59 mois), la santé du nouveau-né est étroitement liée à la santé de sa mère. Pour obtenir des améliorations, les interventions doivent aborder des questions complexes telles que l'autonomisation de la mère, les tabous socioculturels et la capacité d'adaptation des systèmes de santé.

Les facteurs spécifiques qui contribuent à la mortalité néonatale sont les suivants :

- Une attention insuffisante portée à la santé de la mère et l'accès limité à des prestataires de soins qualifiés.
- La mauvaise qualité des soins de santé maternelle, notamment lorsque la femme accouche à la maison. La moitié au moins de tous les décès de nouveau-nés survient à la maison.
- Une mauvaise détection des maladies néonatales et le recours insuffisant aux soins dans les familles et les communautés.
- Une gamme limitée d'interventions en cas de problèmes néonataux, comme l'asphyxie à la naissance et les complications liées à une naissance prématurée.
- Un manque de consensus au sujet des interventions et de la prestation des soins de prévention et de traitement des infections graves chez le nouveau-né – autres que le tétanos néonatal – dans les dispensaires communautaires.

Ces dernières années, notre compréhension des maladies et de la mortalité des nouveau-nés s'est considérablement étoffée. La répartition inégale de la mortalité maternelle et néonatale montre que la plupart de ces décès se produisent dans les zones rurales pauvres et dans les zones urbaines d'habitat spontané souvent mal desservies. De nombreux pays réalisent aussi que l'Objectif du Millénaire pour le développement qui vise à réduire la mortalité infantile ne sera pas atteint si les soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés ne s'améliorent pas, notamment pour prévenir la mortalité dans les 28 premiers jours de la vie.

On connaît mieux aussi les résultats des stratégies et des interventions dont l'action s'appuie sur des partenariats communautaires. Plusieurs programmes, notamment en Asie du Sud, ont tenté de faire reculer la morbidité et la mortalité néonatales dans les communautés en mettant en œuvre des approches originales. Au cours d'une étude notoire réalisée dans les zones rurales du Maharashtra en Inde, le Dr Abhay Bang et ses collègues ont collaboré avec des accoucheuses traditionnelles pour former des agents sanitaires communautaires à l'identification des problèmes néonataux graves comme l'asphyxie à la naissance ou de potentielles infections bactériennes, et à l'administration d'un traitement, en ranimant le bébé à la maison par exemple, ou en administrant des antibiotiques pris par voie orale ou par injection.

En appliquant ces stratégies de soins à domicile du nouveau-né, ce programme a réussi à réduire considérablement la mortalité néonatale. Plus récemment, les chercheurs de l'université Johns Hopkins se sont appuyés sur l'exemple du Sylhet, une région rurale du Bangladesh, pour démontrer l'efficacité des approches qui recourent à des agents sanitaires communautaires formés pour offrir aux nouveau-nés un ensemble de soins préventifs et curatifs intégrés. Bien que les soins fournis à domicile soient importants dans ces études, il est possible que des progrès notables soient également dus à l'amélioration des pratiques familiales et des soins au nouveau-né. Selon une étude réalisée dans la zone rurale de Makwanpur au Népal, la création de groupes de soutien aux femmes, dirigés par des animateurs formés, a permis d'obtenir un net recul de la mortalité néonatale. Et d'autres études ont montré qu'une stratégie concertée d'éducation sur les soins au nouveau-né au niveau des communautés peut apporter des changements importants dans les pratiques et faire chuter la mortalité néonatale.

Toutes ces études récentes prouvent que l'on peut considérablement améliorer la survie du nouveau-né en offrant aux communautés une formation sur les soins de santé maternelle et néonatale améliorés, ainsi qu'une prise en charge à domicile des infections néonatales. Pour avoir un impact sur les systèmes de santé publique dans un avenir prévisible, ces stratégies doivent être reproduites à plus grande échelle, en motivant et en formant dans toute la mesure du possible les agents sanitaires disponibles. Ce type d'expansion a déjà été mené dans les régions rurales du Pakistan, où des travailleuses sanitaires communautaires (*Lady Health Workers*) collaborent avec des comités de santé et des groupes de soutien aux femmes dans les villages. Une évaluation récente de l'initiative du Pakistan a permis de constater un recul important de la mortalité périnatale et néonatale, ainsi qu'une demande accrue de soins de santé maternelle spécialisés.

Ces nouvelles observations viennent à l'appui des stratégies qui visent à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né dans les communautés et les familles qui portent le plus lourd fardeau de mortalité et qui ont le moins accès à des soins de santé de bonne qualité. La difficulté consiste à intégrer des stratégies et des interventions efficaces tout au long du continuum de soins maternels et néonataux à la fois dans les communautés elles-mêmes et dans les établissements de soins. Selon des estimations récentes, des interventions préventives et curatives de base offertes aux mères et aux nouveau-nés en centres de soins de santé primaires pourraient faire reculer la mortalité maternelle et néonatale de 20 à 40 %.

Malgré ces mesures prometteuses, notamment lorsque plusieurs interventions complémentaires sont regroupées et fournies par tout un ensemble de prestataires de soins de santé, d'importants goulots d'étranglement, y compris le mauvais fonctionnement d'établissements du système sanitaire et le nombre limité de prestataires de soins spécialisés, continuent d'entraver l'offre des services dans de nombreux pays en développement. Ces goulots d'étranglement peuvent et doivent être éliminés en adoptant des stratégies qui visent expressément à atteindre les familles, les communautés et les districts qui risquent le plus de ne pas avoir accès aux soins de santé de base et aux services de maternité. Malgré ces difficultés, et des lacunes importantes dans nos connaissances sur la meilleure façon de traiter, au niveau des communautés, certains problèmes néonataux comme l'asphyxie à la naissance, la fragilité des enfants nés prématurés et de graves infections bactériennes, une chose est claire : nous en savons assez pour faire bouger les choses. Il est essentiel d'appliquer nos connaissances et d'établir un cadre d'interventions qui permette d'apporter des soins de santé maternelle et néonatale à ceux qui en ont le plus besoin : les populations rurales et urbaines pauvres.

Voir Références, page 109.

En Afghanistan, des décennies de conflit et d'instabilité ont porté un coup au fonctionnement des infrastructures de soins de santé de base. Les femmes, en particulier, ont souffert d'un accès insuffisant aux services de soins. Par conséquent, le taux de mortalité maternelle est extrêmement élevé et, selon les dernières estimations interinstitutions, il s'élevait à 1 800 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005.

Pour une femme afghane, le risque sur la vie entière de mourir de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement est de 1 sur 8, cette proportion étant la deuxième plus élevée du monde. Un plus grand nombre de femmes meurent de ces causes en Afghanistan, dont la majorité à la suite d'une hémorragie ou d'une obstruction du travail, que dans tout autre pays. Le nombre de décès maternels varie entre 16 % de tous les décès de femmes en âge de procréer à Kaboul (le centre urbain le plus peuplé d'Afghanistan) à 64 % dans le district de Ragh de la province du Badakhshan.

Ces taux élevés de décès maternels reflètent plusieurs facteurs, y compris un accès limité à des soins de santé maternelle de bonne qualité, notamment dans les zones rurales d'Afghanistan; des connaissances insuffisantes sur la santé maternelle et l'accouchement sans risque; et le manque de prestataires de soins de santé qualifiés de sexe féminin, étant donné la forte préférence culturelle qui dicte que les femmes doivent être prises en charge par d'autres femmes. On estime que 9 femmes rurales sur 10 accouchent à la maison, sans l'aide d'un personnel qualifié et sans accès aux soins obstétricaux d'urgence. Des facteurs socioculturels qui empêchent les femmes de se déplacer sans permission ou sans être accompagnées par un parent de sexe masculin peuvent aussi limiter leur accès aux services essentiels. D'autres facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle sont la condition inférieure des femmes et des filles dans la société, la pauvreté, une mauvaise nutrition et l'insécurité.

L'amélioration du taux de survie des mères en Afghanistan revêt une importance extrême. Les sages-femmes peuvent fournir des soins essentiels. L'Organisation mondiale de la Santé recommande qu'il y ait une sage-femme ou un autre soignant qualifié pour 175 femmes qui recevront des soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. En se fondant sur cette estimation et sur le nombre estimatif de naissances en Afghanistan, ce pays devrait disposer de 4 546 sages-femmes pour obtenir une couverture de 90 % des grossesses. Or il ne recensait que 467 sages-femmes formées en 2002. Moins de la moitié des centres de soins étaient dotés d'effectifs féminins. Dans le district rural du Nooristan, le personnel sanitaire comptait 43 hommes pour une femme.

Bien qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né en Afghanistan, de nombreux efforts entrepris à ce jour ont réussi à élargir et à renforcer les prestations de soins obstétricaux.

Le Gouvernement afghan s'est associé à des partenaires locaux et internationaux, y compris l'UNICEF, pour élaborer une stratégie globale consistant, notamment, à étoffer et à étendre la formation des sages-femmes, à formuler des politiques qui confèrent un rôle crucial aux sages-femmes pour fournir des soins obstétricaux essentiels et des soins au nouveau-né, à soutenir la création d'une association professionnelle de sages-femmes, et à développer des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins spécialisés pendant l'accouchement.

Le Programme communautaire de formation des sages-femmes (CME), qui offre pendant 18 mois une formation axée sur l'acquisition de connaissances pratiques et dont les critères d'admission sont plus souples que les programmes précédents, est considéré comme une approche bien conçue pour intensifier la formation et le déploiement d'accoucheuses formées. En 2008, 19 programmes CME chargés de former chacun de 20 à 25 femmes ont démarré. Cela représente un net progrès de la capacité de formation par rapport à 2002, époque où il n'y avait que six programmes formant des infirmières/sages-femmes administrés par l'Institut des sciences de la santé dans des centres régionaux, et un programme communautaire de formation de sages-femmes offert dans la province de Nangahar. Le nombre de sages-femmes disponibles dans le pays a rapidement augmenté, passant de 467 en 2002 à 2 167 en 2008.

Les femmes des districts qui souffrent d'une pénurie de sages-femmes sont encouragées à s'inscrire à ces programmes, étant entendu qu'elles y resteront pour travailler une fois qu'elles seront formées. Suite à cette politique, le nombre d'établissements de santé disposant d'un personnel féminin qualifié (médecins, personnel infirmier ou sages-femmes) a fortement augmenté, passant de 39 % en 2004 à 76 % en 2006. Les répercussions sont également tangibles sur les soins maternels : le nombre d'accouchements se déroulant sous la surveillance de soignants qualifiés est passé d'environ 6 % en 2003 à 19,9 % en 2006. Le succès de cette méthode axée sur l'acquisition de connaissances pratiques a incité les programmes de formation des sages-femmes à adopter le système d'enseignement et le processus de certification des programmes CME.

Voir Références, page 109.

L'initiative Maman Kangourou au Ghana

L'initiative Maman Kangourou, qui aide les nourrissons souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance, a d'abord été lancée en Colombie en 1979 par les Dr Hector Martinez et Edgar Rey pour réduire, entre autres, les taux élevés d'infection et de mortalité enregistrés dans des hôpitaux bondés. Depuis, elle a été adoptée dans de nombreux pays en développement et est devenue un volet essentiel du continuum de soins prénatals dans le monde.

Les quatre composantes de ce programme sont toutes essentielles pour que les nourrissons, notamment ceux qui ont un poids insuffisant à la naissance, bénéficient des meilleurs soins possibles. Elles comprennent le positionnement du bébé peau contre peau sur la poitrine de sa mère; une nutrition adéquate assurée par l'allaitement maternel; des soins ambulatoires suivant la sortie rapide de l'hôpital; et un soutien à la mère et à sa famille pour s'occuper du bébé.

La méthode la plus efficace pour élargir l'initiative Maman Kangourou a consisté à offrir des programmes de formation. Souvent, cette formation reste confinée au milieu hospitalier. Au Ghana, une nouvelle approche a été adoptée dans le cadre d'un projet, Maman Kangourou (KMC Ghana), lancé dans quatre régions avec l'appui de l'UNICEF et de l'Unité des stratégies de soins de la mère et du nourrisson du South African Medical Research Council. Plutôt que d'offrir une simple formation, ce programme a choisi une approche longitudinale de type « porte ouverte » qui s'appuie sur le soutien continu de divers établissements de soins.

Dans le cadre du programme, Maman Kangourou fait l'objet d'une attention spéciale pendant deux à trois ans. Les partici-

pants doivent choisir un aspect des soins au nouveau-né, le mettre en œuvre le mieux possible et, au cours du processus, intégrer ces mesures à la gamme ordinaire des pratiques de soins néonataux.

Le modèle de mise en œuvre prévoit des rôles spécifiques pour les districts et les régions, en fonction de la façon dont le pouvoir est délégué dans un pays donné. Au Ghana, la région est le centre névralgique et les districts sont chargés des interventions concrètes. Bien que la moitié de toutes les femmes continuent d'accoucher à la maison, l'un des piliers du projet Maman Kangourou au Ghana est la création de centres d'excellence dans les hôpitaux régionaux et la prestation continue de soins Maman Kangourou 24 heures sur 24 dans chaque hôpital de district.

Dans chaque région, la mise en œuvre est supervisée par un Comité directeur KMC qui comprend un membre par district. Ces représentants constituent à leur tour des comités directeurs au niveau des districts. Bien que l'objectif principal soit d'introduire l'initiative Maman Kangourou dans les hôpitaux de district, d'autres centres de santé et organisations communautaires sont aussi sollicités en tant que partenaires.

Bien qu'une évaluation complète de l'initiative Maman Kangourou au Ghana reste à faire, les résultats préliminaires suggèrent qu'elle est efficace pour améliorer la survie des bébés souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance et pour renforcer le lien entre la mère et son nouveau-né.

Voir Références, page 109.

La co-infection VIH et paludisme pendant la grossesse

La co-infection VIH et paludisme présente des complications spécifiques pour les femmes enceintes et le développement du fœtus. Le VIH compromet l'immunité au paludisme qu'une femme enceinte acquiert normalement pendant ses première et deuxième grossesses. Le paludisme placentaire est associé à un risque accru d'anémie et d'infection au VIH chez les femmes, notamment les plus jeunes et celles qui attendent leur premier enfant. On ne connaît pas bien le rôle que joue la co-infection dans la transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui augmente ou qui reste inchangée, selon les études. Les risques potentiels d'interactions médicamenteuses ont des conséquences vitales sur la prise en charge efficace de la co-infection, et la recherche doit se poursuivre.

Le paludisme sévit en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes, et en Afrique subsaharienne, mais le fardeau de plus lourd de la co-infection est supporté par l'Afrique, où vivent plus des trois quarts de toutes les femmes séropositives au VIH du monde. Des variations existent au sein du continent africain. Les pays les plus durement touchés sont le Malawi, le Mozambique, la République centrafricaine, la Zambie et le Zimbabwe, où quelque 90 % des adultes sont exposés au paludisme et où le taux moyen de prévalence du VIH chez les adultes excède 10 %. Dans certaines régions les plus méridionales de l'Afrique australe, où l'épidémie de VIH est la plus grave, on enregistre des taux plus faibles de paludisme, bien que des épidémies flambent parfois dans des zones spécifiques comme le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud.

Les données disponibles pour d'autres régions ne sont pas aussi limpides, mais le paludisme et le VIH pourraient co-exister dans les populations de Belize, d'El Salvador, du Guatemala, du Guyana et du Honduras – et, dans une moindre mesure, du Brésil. La recherche a révélé que certains groupes de population, comme les migrants employés dans les mines d'or au Brésil et au Guyana, pourraient être plus susceptibles à la co-infection. L'épidémie de VIH est généralisée dans certains pays d'Asie, dont la Birmanie et la Thaïlande, mais la transmission du paludisme est instable et hétérogène dans l'ensemble de la région, comme en Amérique latine et dans les Caraïbes. Différentes souches de paludisme affectent des régions différentes – *P. falciparum* en Afrique, *P. vivax* en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes – et les effets de la maladie peuvent varier en fonction du degré d'immunité auquel une femme est parvenue au moment où elle devient enceinte. En Asie, les femmes sont moins exposées à une transmission intense et elles ont donc moins l'occasion de développer une immunité acquise. Cela est vrai également pour les zones instables de transmission de paludisme dans certaines parties d'Afrique australe. La plupart des études du paludisme chez les femmes enceintes proviennent d'Afrique et il faudrait en réaliser dans d'autres régions, sur des vecteurs autres que le *P. falciparum*.

Les personnes atteintes de paludisme et souffrant d'anémie sévère qui reçoivent des transfusions sanguines, notamment les enfants, courent aussi un risque accru de contracter le VIH. Chaque année, entre 5 300 et 8 500 enfants vivant dans des régions où le paludisme est endémique en Afrique sont infectés par le VIH au cours d'une transfusion sanguine nécessitée par le traitement du paludisme sévère.

Quelles que soient les différences régionales, la co-infection affecte toutes les femmes enceintes de manière similaire. Le VIH

et le paludisme contractés pendant la grossesse augmentent le risque d'anémie sévère et réduisent l'immunité acquise que des femmes vivant dans des zones de transmission stable du paludisme auraient pu développer – ce qui revient à dire que les femmes séropositives qui attendent leur deuxième, troisième et quatrième enfant ont la même déficience immunitaire face au paludisme que les femmes dont c'est la première grossesse. Les femmes enceintes séropositives deviennent deux fois plus exposées au paludisme clinique, indépendamment de leur gravidité. Chez ces femmes, le paludisme peut retarder la croissance du fœtus et provoquer un accouchement avant terme. Les nouveau-nés risquent d'avoir un poids insuffisant à la naissance et ne pas bénéficier d'un transfert de l'immunité et des réactions cellulaires de la mère à des maladies infectieuses comme le streptocoque, la pneumonie, le tétanos et la rougeole. Des résultats récents suggèrent que les mères séropositives atteintes de paludisme risquent davantage de donner naissance à des nourrissons d'un poids insuffisant; et que les bébés souffrant d'une insuffisance pondérale à la naissance courent un risque beaucoup plus élevé que ceux qui pèsent un poids normal de contracter le VIH par transmission par leur mère.

Les effets du paludisme sur le VIH sont moins évidents, bien que les épisodes de paludisme aigu puissent accroître la charge virale et accélérer la progression de la maladie. Le paludisme contracté pendant la grossesse peut augmenter le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant *in utero* et pendant l'accouchement, et une charge virale élevée peut aggraver le risque de transmission pendant l'allaitement du bébé. Certaines recherches montrent que la charge virale peut retomber à son niveau d'avant l'épisode à la suite du traitement du paludisme, ce qui suggère que la prise en charge du paludisme pourrait jouer un rôle essentiel pour ralentir la propagation du VIH et sa progression au stade du SIDA.

L'une des questions les plus pressantes soulevées par la co-infection a trait aux pharmacothérapies. L'Organisation mondiale de la Santé recommande que toutes les femmes enceintes vivant dans des zones à forte prévalence du VIH (>10 %) reçoivent au moins trois doses de sulfadoxine-pyriméthamine à titre de traitement préventif intermittent (TPI), même si elles sont asymptomatiques, à moins qu'elles ne prennent déjà du cotrimoxazole pour traiter des infections opportunistes provoquées par le VIH.

De nombreux gouvernements africains utilisent une thérapie de combinaison à base d'artémisinine pour la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes; compte tenu des limites de la recherche actuelle, l'OMS continue de recommander que ce traitement soit administré dans des cas sans complications pendant les trois premiers mois de la grossesse, si aucun autre traitement efficace n'est disponible. Dans les cas d'anémie sévère, une thérapie à base d'artémisinine ou de quinine doit être administrée, bien que le premier médicament soit préférable au second ou au troisième trimestre. Très peu d'informations ont été publiées sur les risques de la prise simultanée d'antirétroviraux et d'antipaludéens, y compris les dérivés de l'artémisinine, mais on n'a observé à ce jour aucune toxicité importante lorsque l'artémisinine est administrée en même temps que des antirétroviraux ou à un stade précoce de la grossesse.

Voir Références, page 109.

Les difficultés des adolescentes au Libéria

par l'Honorable Vabah Gayflor, Ministre de l'égalité des sexes et du développement au Libéria

Garantir que les adolescentes puissent grandir et se développer dans un environnement qui les soutienne, qu'elles soient protégées des mauvais traitements, de l'exploitation et de la violence, et qu'elles ne soient pas obligées d'assumer prématurément des rôles d'adultes, comme le mariage et le travail, est particulièrement ardu dans mon pays, le Libéria.

Une adolescente qui vit au Libéria :

- *n'a probablement pas fréquenté l'école primaire*; le taux net de scolarisation des filles dans le primaire n'est que de 39 %, d'après les dernières estimations internationales.
- *a peu de chance de faire des études secondaires*; seulement 13 % des filles en âge d'aller à l'école secondaire sont scolarisées.
- *court un risque élevé d'être analphabète*, comme 24 % des adolescentes et des femmes âgées de 15 à 24 ans qui vivent dans le pays.
- *court un risque élevé d'être victime d'un viol* – le crime le plus souvent dénoncé et fréquemment perpétré contre des fillettes de 10 à 14 ans.
- *a probablement des connaissances limitées sur le VIH et le SIDA*; seulement 21 % des femmes âgées de 15 à 24 ans sont bien informées sur le VIH/SIDA.
- *a très probablement contracté un mariage ou une union*; 40 % des femmes de 20 à 24 ans au Libéria ont été mariées avant l'âge de 18 ans.
- *a de fortes chances d'être enceinte*; le taux de natalité des adolescentes de 15 à 19 ans est de 221 pour 1 000 – le deuxième taux le plus élevé du monde.
- *a peu de chances d'accoucher dans un hôpital ou un centre de soins*, puisque seulement 37 % des accouchements ont lieu en établissement.
- *donnera peut-être naissance à son enfant sans l'aide d'un soignant qualifié*, ce personnel n'étant présent que durant 51 % des accouchements.
- *court un risque élevé de mourir pendant la grossesse et l'accouchement*; le taux de mortalité maternelle est de 1 200 pour 100 000 naissances vivantes.
- *court un risque encore plus élevé de mourir de causes liés à la maternité si elle a moins de 15 ans*; les filles de 10 à 14 ans

courent cinq fois plus de risques de mourir de causes liées à la grossesse et à l'accouchement que les femmes de 20 à 24 ans.

- *peut souffrir de problèmes liés à l'accouchement*, comme la fistule ou le prolapsus utérin si elle survit à sa grossesse.
- *court pendant toute sa vie un risque élevé de mourir pendant sa première grossesse et les grossesses suivantes*; le risque de mortalité maternelle sur la vie entière est de 1 sur 12.
- *risque de voir son enfant mourir dans la première année de sa vie*, puisque près d'un nourrisson sur 10 meurt avant son premier anniversaire.
- *ne pourra probablement pas compter sur le soutien de son partenaire, même si elle est mariée.*
- *n'a pas ou peu de recours pour se protéger des mauvais traitements, de l'exploitation et de la perte de son autonomie.*

Pour instaurer un environnement où les adolescentes seront aidées au Libéria, il faut d'abord les protéger de la violence et de la maltraitance, et leur donner accès à une éducation de bonne qualité.

Il faudra aussi s'assurer que les familles n'autorisent pas le mariage de leurs filles avant 18 ans, ou ne les laissent pas travailler dans des conditions où elles se font exploiter.

Les jeunes devront être encouragés à s'informer sur le VIH/SIDA, et les victimes de la violence sexuelle doivent pouvoir saisir la justice.

Des investissements devront être réalisés pour offrir des soins de santé de base, de maternité et une médecine procréative à des millions d'adolescentes.

Et surtout, il faut que les communautés et la société respectent les droits des femmes et des filles, et aient le courage de remettre en question des coutumes et des pratiques préjudiciables et discriminatoires à leur égard.

Sous l'impulsion de la Présidente Ellen Johnson-Sirleaf, le Gouvernement du Libéria s'efforce d'offrir aux adolescentes la protection dont elles ont besoin et les aide à acquérir les connaissances pratiques qui leur permettront de se protéger. Nous remercions la communauté de développement internationale du soutien qu'elle apporte à la prise de mesures rapides et efficaces.

Voir Références, page 110.

Utiliser la méthodologie du lien essentiel dans les systèmes de soins pour prévenir les décès maternels

par Rosa Maria Nuñez-Urquiza, Institut national de la santé publique, Mexique

La méthodologie du lien essentiel (CLM) traite chaque décès maternel comme un événement sentinelle. Elle passe en revue toutes les interactions entre une femme et le personnel soignant avant le décès de la patiente, et établit la progression dans le temps de la demande de soins et de l'offre d'interventions correspondantes à l'échelle du système de santé.

Cette méthodologie évalue les soins de santé à travers trois dimensions :

- la performance clinique (retards, omissions et respect des normes de qualité par rapport aux directives établies).
- l'organisation interne de l'hôpital.
- la continuité des soins d'un établissement de santé à l'autre.

Au cours de ce processus d'examen, la méthodologie du lien essentiel identifie les interventions cruciales qui, si elles sont prodiguées à temps, éviteront de futurs décès maternels. Cela permet aux comités sur la maternité sans risque d'aborder le problème non plus sous l'angle des causes médicales, mais en tant qu'occasion manquée de prévenir ces décès. Ce changement de perspective est illustré par les champs d'enquête suivants :

- *Durant quelles interactions entre la femme et le système de santé aurait-on pu mieux traiter le problème qui a causé son décès ?*
- *Sur la foi de cette analyse, quelles mesures spécifiques peut-on prendre à l'avenir pour éviter que des femmes meurent dans des circonstances similaires ?*
- *Pour que ces changements spécifiques durent, quels processus doivent être modifiés dans chaque unité de soins pour garantir la qualité des services, et quels facteurs du système de santé doivent être conçus différemment pour garantir la continuité des soins en cas d'urgence obstétricale ?*

En outre, la comparaison des cas d'échappée belle (des complications entraînant une morbidité sévère mais qui n'ont pas été fatales) et des cas de mortalité maternelle souligne qu'il est impératif d'administrer les soins en temps voulu. C'est ainsi qu'une nouvelle catégorie d'analyse a été créée : l'intervalle thérapeutique, ou période de temps, à déterminer par la recherche clinique, pendant laquelle les interventions sont efficaces. L'intervalle thérapeutique contribue à prouver que même lorsqu'un traitement adéquat est fourni, la femme ne survivra pas s'il n'est pas prodigué à temps.

Des cas individuels d'alerte rouge à des recherches plus approfondies

Une communication franche et régulière entre les personnes chargées de la surveillance de la méthodologie sur le terrain et les autorités fédérales a permis d'assurer que les alertes détectées par des études de cas individuels entraînent une analyse approfondie des systèmes de données de routine (registres hospitaliers de 1 029 000 patientes ayant reçu des soins obstétricaux dans

617 hôpitaux publics) pour explorer l'ampleur et la répartition des lacunes de la prestation de soins de santé maternelle à l'échelle du système de santé.

On peut citer en exemple une étude utilisant la méthodologie du lien essentiel portant sur des femmes décédées à la suite d'une hémorragie post-partum pendant leur transfert d'un hôpital communautaire à un hôpital de recours. Cet examen a identifié une omission fatale : ces femmes n'avaient pas été suffisamment stabilisées avant le transport. Dans les sept États où le pourcentage des décès maternels dus à une hémorragie post-partum se situait au-dessus de la moyenne nationale, jusqu'à 60 % des mères décédaient pendant qu'elles étaient transportées dans des hôpitaux plus importants. Lorsque des ambulances et un personnel formé ont été mis à la disposition d'un de ces districts sanitaires, le taux de mortalité maternelle due aux hémorragies post-partum a chuté de 30 % l'année suivante.

La méthodologie du lien essentiel contribue à revoir la mise en réseau des établissements de soins dans un même district sanitaire. En outre, son application requiert un plus grand nombre de participants que pour les travaux des comités pour la maternité sans risque menés dans le passé, entre autres, des directeurs de laboratoires cliniques et de banques du sang, ainsi que les administrateurs des districts sanitaires.

L'un des résultats obtenus par la méthodologie du lien essentiel est que les divisions de la santé de la procréation du Ministère de la santé et de l'Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS, le système de sécurité sociale mexicain) stipulent à présent non seulement les causes médicales des décès maternels, comme « prééclampsie, septicémie, etc. », mais aussi les insuffisances identifiées dans la prestation des soins. Par exemple, le rapport sur la mortalité maternelle d'un district ou d'un système public de soins indiquera : « Quinze pour cent de décès maternels dus à l'absence de solution intraveineuse dans les centres de santé ayant entraîné un échec à stabiliser la femme avant son transfert », ou « dix pour cent de décès maternels dus à des retards dans le transport d'un chirurgien de service dans un hôpital de district pendant le week-end ». En regardant au-delà des causes médicales, il est possible de diagnostiquer les insuffisances des systèmes de soins et de réduire le nombre des décès maternels, à condition d'y remédier immédiatement.

Voir *Références*, page 111.

Nouvelles directions en matière de santé maternelle

par Mario Merialdi, Organisation mondiale de la Santé, et Jennifer Harris Requejo, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

Il y a vingt-et-un ans, la communauté mondiale de la santé se réunissait sous l'égide de l'Initiative de la maternité sans risques pour examiner la question de la mortalité maternelle, dont les variations reflètent des disparités considérables en matière de santé publique internationale. Pourtant en 1990, année de départ des Objectifs du Millénaire pour le développement, plus d'un demi million de femmes, dont 99 % dans des pays en développement, mouraient encore tous les ans de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Les estimations de la mortalité maternelle pour 2005 indiquent qu'environ 536 000 femmes continuent de mourir chaque année durant la grossesse et l'accouchement, ce qui équivaut à peu près à un décès de femme par minute, de causes qui pourraient pour la plupart être évitées. Ces décès, qui se concentrent dans les groupes de population les plus désavantagés dans les pays pauvres en ressources, reflètent une inégalité sociale persistante et injuste trop longtemps négligée. Ils se produisent de façon disproportionnée en Afrique subsaharienne, qui enregistre la moitié de tous les décès maternels annuels, et en Asie du Sud (35 %), en éloignant le monde de la cible fixée pour réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 (Objectif du Millénaire pour le développement 5, Cible A).

S'il est vrai que les progrès accomplis pour réduire la mortalité maternelle depuis le lancement de l'Initiative de la maternité sans risques ont été décevants, des gains importants ont toutefois été obtenus sur plusieurs fronts en matière de santé maternelle. Le montant sans précédent des ressources internationales affectées à la santé, combiné à un engagement politique renouvelé en matière de soins de santé primaires et à de nouvelles initiatives complémentaires spécifiquement axées sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, montre que la question de la mortalité maternelle, trop longtemps oubliée, fait à présent l'objet d'une attention croissante. D'autres progrès dans cette direction sont l'adoption du continuum de soins en tant que principal cadre de travail des programmes de santé publique; la création du Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile en 2005 pour guider et promouvoir ce continuum; la ratification du Plan d'action de Maputo pour mettre en œuvre le cadre stratégique continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique; l'ajout d'une nouvelle cible à l'OMD 5 (5.B) qui vise l'accès universel à la santé de la procréation d'ici à 2015; et la prise en compte de la survie maternelle dans les évaluations du Compte à rebours 2015. Ces progrès attestent de l'intérêt renouvelé que la communauté mondiale de la santé porte à la survie et au bien-être des mères et des nouveau-nés.

L'amélioration des procédures d'estimation de la mortalité maternelle, les nouvelles estimations de l'incidence des avortements et les efforts accrus pour dresser une carte du fardeau mondial des problèmes liés à la maternité sont des avancées épidémiologiques importantes qui permettront aux gouvernements et à leurs partenaires de prendre des décisions mieux informées. On se rend de plus en plus compte que la dénutrition est l'une des causes de la mortalité maternelle et cela a suscité un nouvel intérêt pour la supplémentation en micronutriments pendant la grossesse, et a mis en avant la nécessité de s'attaquer à des facteurs sous-jacents et fondamentaux comme la pauvreté, la discrimination sexiste et le manque d'autonomie – y compris l'accès limité de nombreuses filles et femmes à l'éducation, ainsi que leur risque élevé d'exposition aux infections. Un vaste consensus s'est aussi dégagé autour des principales stratégies à adopter dans le secteur de la santé pour réduire la mortalité maternelle. On considère désormais que des soins complets de santé de la procréation comprennent la planification familiale, des soins spécialisés pour toutes les femmes enceintes pendant la grossesse et l'accouchement, et des soins d'urgence pour toutes les femmes et tous

les nourrissons présentant des complications dangereuses. Les indicateurs de couverture de plusieurs interventions et approches éprouvées dans chacun de ces trois domaines clés – y compris les soins prénatals, la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence, la proportion d'accouchements par césarienne, la prévalence de la contraception, les accouchements sous surveillance de soignants qualifiés, les soins post-natals et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale – sont actuellement surveillés par les gouvernements, des institutions des Nations Unies, des partenariats internationaux pour la santé et des organisations non gouvernementales dans le cadre de l'Initiative du compte à rebours 2015.

Les progrès réalisés pour établir la répartition de la mortalité et de la morbidité maternelles dans le monde, ainsi que pour identifier et surveiller les interventions efficaces, ont été complétés par les découvertes d'importants travaux de recherche sur les moyens d'atténuer les risques de santé des mères. Plusieurs interventions dont la capacité à améliorer la survie maternelle a été démontrée par des études épidémiologiques et dont l'application peut être universelle, sont désormais prêtes à être lancées à grande échelle. Ce sont, entre autres, la supplémentation en sulfate de magnésium et en calcium pour prévenir les troubles hypertensifs de la grossesse, des stratégies efficaces de diffusion des principes de prévention et de traitement de l'hémorragie post-partum, et l'offre recommandée d'au moins quatre visites de soins prénatals aux femmes enceintes et d'une visite de soins post-partum aux nouvelles mères. Du fait de la reconnaissance croissante du lien inextricable entre la santé de la mère et celle du nouveau-né, des programmes efficaces ont aussi été mis en œuvre pour prévenir et traiter le paludisme et le VIH, notamment en améliorant la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et en offrant un traitement préventif intermittent du paludisme durant la grossesse, pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, pour éviter les infections par le VIH – en particulier chez les jeunes – et pour offrir des traitements antirétroviraux aux femmes et aux enfants séropositifs.

Les principaux domaines auxquels s'intéressent les nouvelles recherches comprennent l'élaboration de stratégies destinées à garantir la prestation d'une gamme complète de services de santé maternelle et néonatale tout au long du continuum de soins. Un élément clé de ces stratégies consiste à disposer de mécanismes permettant d'intégrer des services auparavant offerts dans le cadre d'approches verticales – comme la vaccination et la supplémentation en micronutriments – aux soins prénatals et post-natals pour renforcer les systèmes de santé. Ces dernières années, nous avons aussi pu observer une tendance encourageante : la création de partenariats entre des organisations internationales, des organismes gouvernementaux, des instituts de recherche, des organisations non gouvernementales et le secteur privé pour soutenir des projets de recherches multi-pays sur les principales complications qui surviennent durant la grossesse et l'accouchement – y compris les accouchements prématurés, les enfants mort-nés, les problèmes de croissance du fœtus, les troubles hypertensifs, les hémorragies post-partum, l'obstruction du travail et la fistule obstétricale.

Le soutien politique et financier croissant accordé aux programmes et aux recherches qui visent à améliorer la santé maternelle et néonatale, ainsi que l'abandon d'approches sectorielles traitant d'un problème unique au profit de modes de prestation de soins de santé primaires fondés sur la collaboration au sein d'un continuum de soins, permettent d'espérer que les progrès si longtemps attendus en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, progrès qui sont si essentiels au bien-être et au développement des populations, se concrétiseront dans un avenir proche.

Voir Références, page 111.

Renforcer le système de santé en République démocratique populaire lao

La République démocratique populaire lao est un pays d'Asie du Sud-Est au relief montagneux et en grande partie rural où le revenu national brut par habitant s'élevait en moyenne à moins de 600 dollars des É.-U. en 2007. Près de 40 % de la population de cette nation composée d'une cinquantaine de groupes ethniques différents vivent en dessous du seuil de pauvreté. Bien que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ait reculé de 57 % entre 1990 et 2007 et que le pays soit en bonne voie d'atteindre l'Objectif 4 du Millénaire pour le développement, des problèmes importants compromettent encore la santé des mères et des nouveau-nés.

Il faut par exemple lutter contre la dénutrition et favoriser l'amélioration des pratiques d'alimentation et d'hygiène, la vaccination, la santé environnementale et l'offre de services de soins de bonne qualité par un personnel qualifié. Plus d'un nouveau-né sur 7 souffre d'insuffisance pondérale à la naissance, un problème souvent associé à la mauvaise nutrition de la mère. La proportion de bébés nourris exclusivement au sein, qui est de 23 % selon les dernières estimations, est bien en dessous de la moyenne régionale de 43 % pour l'ensemble de l'Asie de l'Est et du Pacifique. Seulement 60 % de la population ont accès à des sources d'eau de boisson améliorée, et seulement 48 % à des installations d'assainissement adéquates. L'accès à ces deux services essentiels est encore plus limité en milieu rural. En 2007, seulement 40 % des nourrissons de moins d'un an ont été vaccinés contre la rougeole et seulement 47 % des femmes enceintes ont reçu le vaccin contre le tétanos néonatal. Avec 660 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005, la République démocratique populaire lao affiche le taux le plus élevé de mortalité maternelle dans la région. Le risque de décès maternel sur la vie entière était de 1 sur 33 en 2005.

Malgré ces difficultés, on progresse régulièrement et l'on élargit peu à peu les services de santé à la vaste population rurale du pays. Un de ces programmes, lancé par Save the Children Australie en collaboration avec le Bureau provincial de la santé et d'autres partenaires à Sayaboury, consiste à élargir et à améliorer les infrastructures de soins de santé primaires durant quatre phases de trois ans chacune. Les objectifs sont les suivants :

- **Phase I** : renforcer l'équipe de gestion provinciale chargée de former les équipes de district, les agents sanitaires bénévoles et les accoucheuses traditionnelles dans les villages, installer des cliniques fixes et mobiles de soins de santé maternelle et infantile, et fournir les équipements nécessaires.
- **Phase II** : intégrer les soins de santé primaires à tous les niveaux – provinces, districts et villages.
- **Phase III** : élargir les programmes dans quatre districts isolés.
- **Phase IV** : renforcer les compétences des agents sanitaires en adoptant le cadre de prise en charge intégrée des maladies infantiles.

Le programme s'attache aussi en priorité à sensibiliser les femmes aux pratiques de nutrition améliorée, y compris l'allaitement et l'alimentation d'appoint, depuis que des études ont conclu à des liens étroits entre certaines pratiques d'alimentation inadéquates et la dénutrition des enfants dans le pays. La diffusion d'autres informations sur la santé, y compris les soins cliniques et la vaccination, est aussi un volet important du programme.

Le programme de Sayaboury a obtenu de bons résultats pour un coût très raisonnable d'environ 4 millions de dollars des É.-U. sur 12 ans, c'est-à-dire seulement 1 dollar par habitant et par an. Le taux de mortalité maternelle dans ce district a reculé, passant de 218 pour 100 000 naissances vivantes à 110 pour 100 000 naissances vivantes entre 1998 et 2003. L'âge moyen auquel les nourrissons recevaient une alimentation d'appoint a augmenté de 2,8 mois en 1999 à 3,7 mois en 2001, tandis que le taux d'allaitement exclusif au sein pendant le premier mois progressait de 28 % en 1999 à 66,2 % en 2004. La couverture vaccinale est toutefois restée inadéquate, avec seulement la moitié des enfants de moins d'un an recevant trois doses ou plus du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos – l'indicateur de référence de la couverture vaccinale systématique – en 2007.

En plus des efforts déployés pour améliorer la santé maternelle et néonatale, la campagne de communication Caring Dads (Pères affectueux) encourage les pères à aider les femmes enceintes et les mères à s'occuper d'elles et de leur bébé. Le Ministère de la santé, en collaboration avec l'UNICEF et le Syndicat lao, a élaboré une méthode générale pour inciter les hommes à participer davantage aux soins de la famille. Ces campagnes ciblent principalement les pères salariés, qui ont été identifiés comme le groupe le plus susceptible de recourir au commerce du sexe, à l'origine de l'incidence croissante du VIH dans le pays. Bien que la République démocratique populaire lao affiche un taux de prévalence du VIH chez les adultes qui reste inférieur à celui des pays voisins, la pauvreté et les migrations transfrontières contribuent à la propagation du virus. Des affiches et des brochures sur des thèmes comme celui du Père affectueux pendant la grossesse ont été réimprimées pour satisfaire une demande plus élevée que prévue.

De tels programmes d'initiatives communautaires pour la santé, ainsi que les campagnes de vaccination et de supplémentation élargies soutenues par l'UNICEF en 2007 et la construction d'infrastructures sanitaires, contribuent lentement mais sûrement à alléger le fardeau encore lourd des décès maternels et néonataux en République démocratique populaire lao.

Voir Références, page 111.

Sauver la vie des mères et des nouveau-nés – l'importance capitale des premiers jours qui suivent la naissance

par Joy Lawn, conseillère principale en recherche et en politique, Saving Newborn Lives/Save the Children-États-Unis, Afrique du Sud

Investir dans les soins post-natals peut être très efficace en matière de survie maternelle et néonatale

Pendant tout le cycle de la vie humaine, c'est à la naissance et dans les 28 jours qui suivent – c'est-à-dire la période néonatale – que le risque de mortalité est le plus élevé. Chaque année, près de 4 millions de nouveau-nés, ou l'équivalent de 10 000 par jour, meurent dans cet intervalle. Les trois quarts de ces décès ont lieu dans la première semaine, et 1 à 2 millions pendant la journée qui suit la naissance. Comme la plupart de ces nourrissons meurent à la maison, leur décès n'est pas enregistré et passe inaperçu au-delà du cercle immédiat de leur famille. Des millions d'autres bébés sont atteints chaque année de graves maladies, et un nombre inconnu d'entre eux souffre de handicaps qui dureront toute la vie. En outre, les risques de mortalité et de morbidité maternelles sont aussi particulièrement élevés pendant l'accouchement et dans la période post-natale qui vient immédiatement après.

Pour les bébés et les mères qui souffrent de complications telles que la septicémie néonatale ou l'hémorragie post-partum, un retard de quelques heures seulement dans la prestation des soins adéquats peut s'avérer fatal ou entraîner des lésions ou des handicaps à long terme. De nouvelles données importantes provenant du Bangladesh montrent qu'une visite à domicile effectuée le premier ou le deuxième jour après la naissance peut réduire de deux tiers le nombre des décès néonataux, mais que les visites ultérieures sont moins efficaces pour faire reculer la mortalité. Le début de la période post-natale – les sept premiers jours de la vie – est aussi le moment où des comportements essentiels de fort impact doivent être adoptés, y compris l'allaitement exclusif au sein. L'alimentation optimale du nourrisson ne commence pas à six semaines, au moment où il reçoit ses premiers vaccins – les résultats montrent qu'un soutien et des conseils efficaces offerts dans les premiers jours de la vie d'un enfant améliorent directement la proportion de bébés nourris exclusivement au sein. D'autres comportements clés pendant la période néonatale, notamment des soins hygiéniques du cordon ombilical et le fait de garder le bébé au chaud, peuvent faire la différence entre la vie et la mort – en particulier pour les prématurés. La période post-natale est aussi un moment crucial pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et pour donner aux femmes des options en matière de planification familiale.

Couverture insuffisante pour les soins dispensés dès le début de la période post-natale

Au début de la période post-natale, des soins efficaces dispensés aux mères et aux nouveau-nés peuvent générer des gains plus importants en matière de survie et de santé qu'à toute autre étape du continuum de soins. Mais malgré ce potentiel, c'est actuellement dans les jours qui suivent immédiatement la naissance que la couverture des services et des comportements adéquats est la plus faible. Dans les 68 pays prioritaires identifiés par l'initiative du Compte à rebours 2015, seulement 21 % des femmes en moyenne bénéficiaient de soins post-natals.

Modifier les paradigmes de soins post-natals

La reconnaissance croissante de l'importance cruciale des soins offerts aux mères et aux nouveau-nés, la couverture insuffisante qui existe à l'heure actuelle et les résultats d'essais réalisés pour la plupart en Asie du Sud ont abouti à une modification des paradigmes. Trois principes se sont dégagés :

- **Pour qui ?** L'intégration des soins post-natals dispensés aux mères et aux nouveau-nés permet d'offrir des services plus efficaces que les approches séparées de prestation de soins post-partum et néonataux.
- **Où ?** Des visites systématiques de soins post-natals doivent être effectuées à la maison ou à proximité de la maison, à la fois pour promouvoir des comportements sains et pour établir un lien avec le système de soins curatifs – au lieu d'espérer que la mère et le bébé seront conduits dans un centre de santé en cas de problème.
- **Quand ?** Il est essentiel d'entrer en contact le plus tôt possible avec la mère et le bébé, au mieux dans les 24 heures ou au plus dans les 48 heures suivant la naissance – au lieu d'attendre six semaines pour effectuer la première visite, ce qui se fait souvent actuellement. L'indicateur de mesure des soins post-natals cité dans le rapport de 2008 du Compte à rebours 2015 s'intéresse particulièrement aux soins prodigués dans les deux jours qui suivent la naissance. Des enquêtes à grande échelle sont actuellement modifiées pour mesurer cet indicateur dans un plus grand nombre de pays et de communautés.

Comblent le fossé entre les politiques et les initiatives

Ajuster les politiques et les indicateurs pour tenir compte de l'importance des soins post-natals est une étape nécessaire, mais qui ne suffit pas à sauver des vies. Les services doivent aussi être élargis pour garantir une bonne couverture et la qualité des soins offerts pendant cette période. Bien que la gamme de soins post-natals soit en elle-même relativement évidente, les mécanismes de prestation les plus efficaces varieront, notamment lorsqu'il s'agit de fournir des services aux mères et aux nouveau-nés dans des zones rurales isolées et immédiatement après la naissance. La Figure 4.5 résume les différentes options de prestation des soins, ainsi que les conditions d'accès aux établissements de santé et la disponibilité des ressources humaines dans les établissements et au niveau de la communauté. Un grand nombre de tâches requises par la prestation de soins post-natals peuvent être déléguées à des assistants qui sont adéquatement surveillés et reliés au système de santé.

La prise en charge des cas d'infections néonatales est une priorité urgente

Bien que les visites de soins post-natals aient un rôle préventif très important, c'est lorsqu'elles sont intégrées aux soins curatifs qu'elles peuvent le mieux contribuer à faire reculer la mortalité. Près d'un tiers des décès de nourrissons sont dus à des infections; dans des environnements pauvres où le taux de mortalité est élevé, cette proportion s'accroît encore. Beaucoup de ces bébés sont nés prématurés.

Une gamme efficace de soins post-natals permettra de détecter rapidement les infections du nouveau-né. Toutefois, dans la plupart des pays, les maladies néonatales ne peuvent être traitées qu'en aiguillant le bébé vers un établissement de soins; et même dans ce cas, seulement un faible pourcentage des patients ira se fera soigner.

Une option serait que les agents sanitaires de premier niveau responsables de la Prise en charge intégrée des maladies infantiles (PCIMI) commencent à administrer des antibiotiques. Dans les pays où des agents sanitaires communautaires s'occupent déjà des cas de pneumonie et de paludisme, on pourrait envisager de leur confier aussi la prise en charge des infections néonatales afin de rapprocher les soins de la maison. Plusieurs études effectuées en Asie ont montré comment des stratégies de ce genre parviennent à faire reculer la mortalité néonatale, et la gestion communautaire des cas de septicémie néonatale est actuellement en train d'être étendue au Népal, en association avec la gestion des cas de pneumonie chez l'enfant. Sur les 68 pays prioritaires du Compte à rebours, 39 ont modifié leurs politiques pour inclure la gestion des cas de septicémie néonatale à la Prise en charge intégrée des maladies infantiles. La principale difficulté est maintenant d'identifier les prestataires pertinents pour fournir ces soins dans chaque pays.

Comblant le fossé des connaissances

Presque tous les décès de nourrissons (98 %) se produisent dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Pourtant, la plupart des recherches et des financements ont été absorbés par l'amélioration progressive des soins hautement techniques que reçoivent les 2 % de nourrissons qui meurent dans les pays à revenu élevé. De plus en plus d'études donnent de nouvelles précisions sur le « comment, qui, quand et où » de l'offre d'interventions essentielles là où se produit la majorité des décès néonataux, et en particulier lorsque l'accès aux établissements de santé est limité. Un réseau d'études en cours dans huit pays d'Afrique examine des gammes de soins adaptés au contexte national et l'augmentation potentielle du personnel de santé. L'analyse des vies sauvées et des coûts contribuera à élaborer des politiques et des programmes qui améliorent les soins de santé maternels et néonataux dans les premiers jours de la vie.

Voir Références, page 111.

Figure 4.6

Stratégies de soins post-natals : viabilité et problèmes de mise en œuvre

	Stratégies possibles de contact pour offrir des soins post-natals	Répond aux besoins de la mère	Répond aux besoins du prestataire	Difficultés de mise en œuvre
1	La mère et le bébé se rendent dans un établissement de soins	*	***	La mère doit se rendre dans l'établissement très peu de temps après la naissance. Plus probable si elle a accouché dans cet établissement, mais encore problématique dans les jours qui suivent la naissance.
2	Un prestataire qualifié se rend au domicile pour offrir des soins post-natals à la mère et au bébé	***	*	À condition de disposer de ressources humaines suffisantes, ce qui pose problème. L'offre de soins post-natals peut ne pas être prioritaire là où le nombre d'accouchements sous surveillance de soignants qualifiés est encore faible. Un grand nombre de tâches requises par les soins post-natals peuvent être déléguées. Un prestataire qualifié pourrait effectuer des visites à domicile pendant la période post-natale si les établissements de santé ruraux sont calmes dans l'après-midi.
3	Un agent sanitaire communautaire effectue une visite à domicile pour voir la mère et le bébé	***	*	Un nombre suffisant d'agents sanitaires communautaires doit être formé, surveillé et recevoir les incitations nécessaires.
4	Combinaison : accouchement et premiers soins post-natals en établissement, puis visites à domicile dans les deux ou trois jours suivants, et visites ultérieures de soins post-natals dans un établissement de santé	**	**	Nécessite un travail d'équipe entre le personnel des établissements et les agents sanitaires communautaires, des ressources humaines suffisantes, une gestion et une supervision, des systèmes d'aiguillage efficaces et un bon système d'information sanitaire pour que l'on puisse facilement suivre les progrès de la mère et du bébé.

Note : * Degré faible. ** Degré modéré. *** Degré élevé

Source : Lawn Joy et Kate Kerber, éditrices, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006.

Burundi : l'engagement pris par le gouvernement en faveur des soins de santé maternelle et infantile

Le Burundi fait partie des pays les moins avancés du monde. Une guerre civile prolongée et l'échec de la restructuration politique freinent les progrès économiques et sociaux. La pauvreté a beaucoup augmenté et près de 88 % des Burundais vivent avec seulement 2 dollars des É.-U. par jour. La dénutrition touche 66 % de la population, et plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans souffre d'un retard de croissance sévère ou modéré. Pour les femmes, le risque de décès maternel sur la vie entière était de 1 sur 16 en 2005. Le taux moyen ajusté de mortalité maternelle était de 1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005, et le taux de mortalité néonatale se situait à 41 pour 1 000 naissances vivantes en 2004.

L'expérience du Burundi a montré combien il est important de fournir des soins de santé de bonne qualité et d'un coût abordable aux populations pauvres en général, et aux mères et aux enfants en particulier. En février 2002, le gouvernement a lancé un programme de recouvrement des coûts qui obligeait les patients à payer leurs visites médicales, leurs tests et leurs médicaments. Cette initiative, qui devait générer des ressources pour le système de santé nouvellement créé, a été lancée dans 12 des 17 provinces rurales du pays, affectant 5 des 8,5 millions d'habitants du pays. Le résultat a été que le nombre de patients incapables de payer les soins reçus dans des hôpitaux publics a fortement augmenté, et que beaucoup d'entre eux ont été retenus en détention dans ces établissements. Les femmes qui avaient accouché par césarienne représentaient environ 35 % des patients insolubles mentionnés dans un rapport de Human Rights Watch sur les détentions dans les hôpitaux en 2006; et selon cette étude, 10 % des patients insolubles étaient des enfants. En plus du fardeau de la dépense, les services de soins de santé offerts aux femmes et aux enfants étaient souvent de mauvaise qualité.

Le gouvernement actuel du Président Nkurunziza a commencé à prendre des mesures pour remédier à cette crise des soins de santé. En 2005, lorsque le Burundi a adhéré à l'Initiative des pays fortement endettés du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale et obtenu l'allègement provisoire de sa dette, son budget de la santé a triplé. En 2006, le gouvernement a pris la décision essentielle d'annoncer la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants. Une nouvelle « Feuille de route pour la réduction de la mortalité néonatale et maternelle » a été élaborée et lancée cette même année avec l'assistance du Fonds des Nations Unies pour la population, de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial et de l'UNICEF. Une autre mesure importante a été prise en 2007, lorsque le Burundi a été l'un des huit pays à adhérer au Partenariat international pour la santé, un effort de collaboration à l'initiative

des pays et axé sur les résultats entre les gouvernements, des organisations internationales et des organisations non gouvernementales. Ce partenariat vise principalement à identifier une série d'objectifs clés, notamment un meilleur pourcentage d'accouchements pratiqués dans des établissements de santé et l'extension des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

La politique nationale du Burundi sur la santé de la procréation comprend à présent des soins au nouveau-né, qui sont considérés comme une stratégie essentielle pour réduire la mortalité infantile. Un volet central de cette politique consistera à faire passer à plus grande échelle les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le taux moyen de prévalence de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans à Bujumbura était de 16 % en 2005. Les programmes adoptés à l'avenir pourraient solliciter un meilleur soutien des hommes à ces stratégies de prévention.

Le pays a aussi commencé à offrir les soins de santé de base dont la population a cruellement besoin, ce qui aura un impact positif sur les femmes et les enfants. Des campagnes de vaccination ont permis d'administrer le vaccin par l'anatoxine tétanique à près de trois quarts des femmes vivant dans les districts à haut risque. Ces efforts ont galvanisé les parties prenantes aux niveaux national et local. Mais le gouvernement devra continuer à donner la priorité aux soins de santé pour les pauvres pour que les participants internationaux et communautaires à la construction de ses infrastructures sanitaires continuent de soutenir ses efforts.

Voir Références, page 112.

Intégrer les soins de santé maternelle et néonatale en Inde

Les progrès réalisés en Inde sont essentiels pour améliorer la santé maternelle et néonatale tant à l'échelle régionale que mondiale. Selon les dernières estimations internationales, le taux de mortalité maternelle en Inde était de 450 pour 100 000 naissances vivantes en 2005, et le taux de mortalité néonatale était de 39 pour 1 000 naissances vivantes en 2004. Ces deux chiffres reflètent une diminution des taux par rapport aux années précédentes. Pourtant, malgré une croissance économique rapide – le produit intérieur brut réel a progressé à un rythme moyen annuel de plus de 9 % en 2007-2008 – les disparités se creusent entre différents groupes de revenus et différentes castes et classes sociales en ce qui concerne la situation sanitaire. Les inégalités croissantes, combinées à une offre insuffisante de soins de santé primaires et à la hausse des prix des soins, compliquent les efforts déployés par le pays pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

En raison de sa population forte de près d'1,1 milliard d'habitants, de sa diversité géographique et socioculturelle et d'un système politique complexe regroupant 28 États et 7 territoires fédéraux, les efforts déployés par l'Inde pour fournir des soins de santé à ses citoyens ont été largement décentralisés. Le gouvernement a privilégié l'expansion des soins de santé primaires dont la responsabilité incombe aux États en vertu de la constitution. Au début de 2000, il a donné une impulsion supplémentaire à la prestation de soins aux femmes et aux enfants dans les zones rurales et dans des États comme le Bihar, l'Orissa et le Rajasthan, où les services fonctionnent mal. Il a aussi encouragé le recours aux soins de santé privés, auxquels n'ont encore accès qu'une minorité de personnes, tandis que les dépenses consacrées à la santé publique ont été ramenées à tout juste 2 % du produit intérieur brut.

Pour lutter contre la montée des inégalités, le Gouvernement indien s'est engagé à soutenir une « croissance d'inclusion ». L'une de ces initiatives, le projet Janani Suraksha Yojana soutenu par les pouvoirs publics dans le cadre de la Mission nationale pour la santé en milieu rural, offre des incitations monétaires aux femmes qui reçoivent des soins prénatals pendant la grossesse, dont l'accouchement est assisté dans un établissement de santé, et qui reçoivent des soins post-partum prodigués par des agents sanitaires mobiles. Toutes les femmes enceintes de 19 ans et plus vivant sous le seuil de pauvreté dans 10 États peuvent toucher ces prestations pendant deux grossesses au maximum. Les femmes qui ne font pas partie du programme mais qui souffrent de complications comme l'obstruction du travail, l'éclampsie et la septicémie y ont également droit. Le programme est aussi doté d'un mécanisme d'accréditation et de compensation des praticiens privés qui y participent.

Selon une étude de suivi effectuée dans certains districts du Rajasthan en 2007-2008, le programme Janani Suraksha Yojana a permis d'améliorer l'accès aux soins prénatals et post-natals. Ce bilan a aussi révélé que 76 des 200 participantes, ou près de 40 %, étaient des filles de moins de 18 ans, l'âge légal du mariage en Inde. Tout en élargissant l'accès aux soins, le programme donne au gouvernement un moyen de surveiller plus étroitement la situation des filles et des femmes.

Certains États ont aussi pris l'initiative de forger des partenariats pour la santé avec le secteur privé. Dans l'État du Gujarat, l'une des provinces indiennes les plus développées, la pénurie de

prestataires de soins de santé qualifiés a poussé les pouvoirs publics à s'associer à des hôpitaux privés pour offrir des soins obstétricaux gratuits aux femmes enceintes vivant en dessous du seuil de pauvreté, en particulier celles des castes et des groupes tribaux déshérités. Le Chiranjeevi Yojana – ou « programme pour une longue vie » – a été inauguré en 2005 à la suite d'un protocole d'entente passé entre le Gouvernement du Gujarat et des obstétriciens privés. Pour chaque accouchement, le gouvernement débourse 1 795 roupies (40 dollars des É.-U.), y compris 200 roupies pour le transport de la patiente et 50 roupies pour la personne qui l'accompagne, afin de compenser sa perte de revenu.

En 2006, une étude du Fonds des Nations Unies pour la population a constaté que le projet Chiranjeevi Yojana avait réussi à convaincre un plus grand nombre de femmes d'accoucher dans un établissement de santé, et que la plupart des praticiens privés qui participaient à l'initiative étaient enthousiastes. Elle a aussi indiqué que les patientes hésitaient à se rendre dans un centre de soins pour accoucher, et que le mari et la belle-famille pesaient beaucoup sur la prise des décisions, ce qui limitait leur capacité à rechercher activement des soins. L'étude a émis plusieurs recommandations, y compris la création d'un organe indépendant chargé de contrôler la qualité et de garantir une mise en œuvre équitable.

L'initiative prise par l'État du Gujarat se démarque des pratiques antérieures en ce que le gouvernement a assumé seul la responsabilité de rembourser les prestataires de soins privés, plutôt que de s'en remettre à des intermédiaires tels que des assureurs. Les pouvoirs publics collaborent avec des organisations professionnelles, entre autres, des associations d'obstétriciens et des instituts académiques, pour planifier et mettre en œuvre ces nouveaux arrangements.

En raison de son succès remarquable, le programme a été élargi, de 5 districts à la totalité des 25 districts du Gujarat. Entre janvier 2006 et mars 2008, 180 médecins ont été recrutés. Près de 100 000 accouchements ont été pratiqués, à savoir 540 en moyenne par médecin. Bien que cette expérience soit prometteuse, le suivi et l'évaluation doivent se poursuivre pour s'assurer que des améliorations seront apportées et que les répercussions souhaitées se sont effectivement produites.

Voir Références, page 112.

Ces dernières années, j'ai surtout concentré mon action sur les programmes de prévention visant à améliorer la santé des nourrissons nés prématurément ou à la suite de grossesses difficiles. En unissant ses efforts, la communauté médicale du monde développé améliore régulièrement la qualité des interventions afin que chaque nouveau-né qui vient au monde dans des conditions difficiles bénéficie, pendant les premières étapes cruciales de son développement, des soins nécessaires pour survivre et jouir d'une qualité de vie satisfaisante.

Toutefois, la situation des nourrissons qui survivent dans le monde en développement contraste fortement avec la situation dans les pays industrialisés tels que le Royaume-Uni. En tant que représentante du Comité consultatif international du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)*, j'ai eu l'occasion d'observer moi-même les programmes de formation que le RCOG mène dans nombre de pays d'Afrique et d'Asie. Cette expérience pratique m'a permis de constater qu'on ne pouvait pas assurer la survie des nourrissons et des enfants les plus vulnérables sans s'occuper d'abord de la santé de leurs mères.

La raison en est simple : c'est la mère qui se charge d'éduquer les enfants, de les nourrir, de les amener à l'école et de les faire vacciner. Or, les enfants orphelins de mère courent pratiquement cinq fois plus de risques de mourir dans la petite enfance que ceux qui ont encore leur mère, et les nouveau-nés qui ont perdu leur mère sont exposés à un risque de mortalité dix fois plus élevé.

L'ampleur de ce problème saute aux yeux quand on s'intéresse aux nombres annuels de décès maternels, qui n'ont guère évolué ces 20 dernières années. En 2008, à travers le monde, plus d'un demi-million de mères mourront durant leur grossesse et leur accouchement, et la quasi-totalité de ces décès se produira dans les pays les plus pauvres. En outre, pour chaque mère qui meurt, 20 femmes souffrent de lésions ou d'incapacités permanentes à la suite d'un accouchement difficile.

Il est essentiel que nous tous – gouvernements, organisations non gouvernementales, organismes à caractère confessionnel, entreprises du secteur privé et particuliers engagés – unissions nos efforts afin que dans chaque pays et dans chaque communauté les femmes aient accès à des soins de santé primaires et à des agents de santé qualifiés. C'est ainsi que nous sauverons la vie des mères – et que nous améliorerons l'espérance de vie des nouveau-nés et des enfants les plus vulnérables.

Si nous y parvenons, nous sauverons des vies à chaque étape du cycle de vie. L'OMD 5, qui vise à améliorer la santé maternelle, est au cœur de tous les Objectifs du Millénaire pour le développement. L'accès à un personnel de santé qualifié va dans le sens du continuum de soins, indispensable aux femmes et aux enfants. Les mères accouchent sans risque quand elles ont accès à un soutien prénatal et à des soins de qualité durant l'accouchement et les phases critiques qui suivent. Et un centre de santé doté d'un personnel compétent et du matériel nécessaire permet de garantir que les jeunes enfants auront accès aux vaccins et aux médicaments indispensables à la prévention de maladies mortelles comme le paludisme et la pneumonie.

Nous ne devons pas nous contenter de solutions verticales. Tous les organismes qui travaillent activement à l'éradication de la pauvreté et de la maladie, ainsi qu'à l'amélioration des soins de santé et de l'éducation, doivent s'attacher à intégrer leurs efforts. Nous devons utiliser de manière optimale les ressources précieuses dont nous disposons et répondre aux besoins réels au niveau local.

Nous avons constaté que des services de santé efficaces peuvent faire toute la différence. Les preuves sont là.

Le Japon a réduit de deux tiers son taux de mortalité maternelle au cours de la décennie qui a suivi 1945. Il y est parvenu en introduisant des agents de santé communautaires qui ont assuré des soins de santé ininterrompus allant de la grossesse à l'entrée des enfants à l'école. Les mères ont été sensibilisées à leurs droits et à l'importance de la qualité des soins de santé grâce à un manuel « mère et enfant » dont les Japonais sont fiers à juste titre. Autre facteur important de cette réussite, l'injection essentielle d'une volonté politique et d'un élan qui perdurent aujourd'hui. Les initiatives internationales jouent un rôle essentiel en attirant l'attention sur la santé maternelle et en mobilisant des ressources en faveur de cette cause.

Aujourd'hui, alors que nous entamons le compte à rebours qui nous conduira à 2015 – date butoir pour la réalisation des OMD –, nous devons profiter de l'élan donné à planète entière. Nous pouvons dès à présent opérer des changements à l'échelle mondiale. Jamais cette question n'a joui d'une telle visibilité et d'un tel soutien de sources aussi différentes à travers le monde. Lors du Sommet du G8 tenu cette année au Japon, la santé maternelle a, pour la première fois, figuré à l'ordre du jour.

Nous devons toutefois comprendre que les gouvernements ne peuvent, à eux seuls, réduire de façon spectaculaire la mortalité maternelle. De plus en plus, les organisations non gouvernementales accordent la priorité à la santé maternelle et travaillent de concert. Elles collaborent avec des organisations de base comme la *White Ribbon Alliance for Safe Motherhood*, dont les membres font campagne pour le progrès dans plus de 90 pays. La communauté des sages-femmes, des obstétriciens et des gynécologues a pris un départ impressionnant. Leurs organismes professionnels, dirigés par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique et la Confédération internationale des sages-femmes, se sont engagés à unir leurs efforts pour aider les pays en développement à former des agents de santé dans des domaines tels que les soins prénatals, obstétricaux et infantiles.

Chacun de nous a un rôle à jouer dans la réduction de la mortalité maternelle. Les particuliers peuvent faire campagne pour le changement, les collectivités peuvent sensibiliser les hommes et les femmes, et les organisations non gouvernementales, les organismes du secteur privé et les gouvernements peuvent travailler main dans la main pour trouver des solutions pratiques.

Nous devons mettre nos compétences individuelle en commun et agir de concert de manière à placer la barre plus haut en matière de santé maternelle et infantile dans le monde entier.

Nous devons travailler ensemble afin de garantir l'accès à des agents de santé qualifiés dans chaque pays et dans chaque communauté, et afin que chaque gouvernement soit disposé à mettre en œuvre de tels services.

Nous le devons aux millions de mères qui ont perdu la vie ces 20 dernières années. Nous le devons aux milliers de femmes enceintes du monde entier qui, chaque jour, accouchent dans la crainte de perdre la vie.

Nous le devons à la génération future d'enfants qui ont vu le jour dans les pays les plus pauvres de la planète – des enfants qui ont besoin de leur mère et qui méritent que tout soit fait pour qu'elle reste en vie.

Principaux partenariats mondiaux en faveur de la santé maternelle et néonatale

Ces dernières années, différents partenariats mondiaux en faveur de la santé ont vu le jour pour faire bénéficier le secteur de la santé maternelle et néonatale de l'attention et des ressources voulues. Les principaux partenariats agissant dans ce sens sont décrits ci-après.

- **Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant**, est une initiative mondiale lancée en septembre 2005 qui réunit des organisations de santé maternelle, néonatale et infantile au sein d'une alliance comportant quelque 240 groupes. Le Partenariat, hébergé et administré par l'Organisation mondiale de la Santé à Genève, milite pour une augmentation des investissements et de l'engagement en faveur de la survie des mères et des enfants. En juillet 2008, il a lancé un Appel mondial demandant aux dirigeants du G8 de financer les services essentiels pour les mères, les nouveau-nés et les enfants, et exhortant les organisations et les particuliers à accorder l'attention politique qui convient et à consentir les investissements nécessaires.
- **Deliver Now for Women + Children Campaign** est une campagne de sensibilisation lancée récemment qui vise à éliminer la mortalité maternelle et infantile et à améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans le monde entier. Elle est coordonnée par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Elle a été mise en place pour répondre à la préoccupation suscitée par le fait que de nombreux pays sont la traîne dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité maternelle et infantile.
- **La Campagne mondiale pour les OMD liés à la santé** a été annoncée le 26 septembre 2007 par le Premier ministre norvégien Jens Stoltenberg à la conférence de la Clinton Global Initiative à New York. La Campagne mondiale est soutenue par plusieurs gouvernements, y compris le Royaume-Uni, la Norvège, le Canada, la France et l'Allemagne, ainsi que par plusieurs organismes mondiaux de premier plan dans le domaine de la santé et de la sensibilisation. Elle attache une importance particulière à la santé des femmes et des enfants, « dont les besoins sont les plus négligés ». La Campagne mondiale rassemble plusieurs initiatives connexes, notamment :
 - **The International Health Partnership**, lancé à Londres par le Premier ministre britannique Gordon Brown en septembre 2007, qui vise à contribuer à l'édification des systèmes de santé nationaux dans certains des pays les plus pauvres du monde.
 - **L'Initiative pour sauver un million de vies**, annoncée par le Premier ministre du Canada Stephen Harper en novembre 2007, qui a pour but de renforcer les systèmes de santé en formant des agents de santé de première ligne et en fournissant des services de santé abordables directement aux communautés locales.
 - **Innovative Results-Based Financing**, une initiative lancée par la Norvège et la Banque mondiale en novembre 2007, qui recherche les mesures les plus rentables pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.
- **Providing for Health (Initiative pour la Santé)**, une initiative franco-allemande lancée en 2008, qui vise à renforcer les systèmes de santé par la mise en place de mécanismes de protection sociale appropriés en vue d'assurer la couverture universelle des risques de maladie.
- **Women Deliver** qui a été lancé à Londres en octobre 2007 pour marquer le 20^e anniversaire des efforts mondiaux visant à réduire le taux élevé de mortalité et d'incapacités maternelles et infantiles dans le monde en développement – et à appliquer les connaissances acquises au fil de décennies d'études et d'expériences. Cette initiative aspire à recadrer la santé maternelle en tant que droit fondamental et stratégie intégrale pour parvenir à un développement juste, réduire la pauvreté et assurer un environnement durable. Family Care International est partenaire de cette initiative.
- **Saving Newborn Lives**, un projet de *Save the Children*, qui vise à améliorer la survie des nouveau-nés dans les pays où la mortalité néonatale est élevée. Depuis son lancement en 2000, cette initiative a permis d'offrir à plus de 20 millions de mères et de nouveau-nés des soins de santé cruciaux dans 18 pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine.
- **The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood** qui est une coalition internationale de particuliers et d'organismes visant à permettre à toutes les femmes de vivre leur grossesse et leur accouchement en toute sécurité. Les membres de cette alliance agissent dans leur propre pays afin que cette question devienne prioritaire pour leur gouvernement et d'autres organismes internationaux.
- **The Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment (IMMPACT)** qui est une initiative mondiale axée sur la recherche et qui vise à promouvoir la santé des futures mères dans les pays en développement. En évaluant les stratégies existantes, notamment leur rapport coût-efficacité, IMMPACT ambitionne d'améliorer les méthodes de mesure, en particulier par l'utilisation de preuves et de critères solides, afin de pouvoir déterminer le potentiel de chaque stratégie.
- **Compte à rebours 2015** est une initiative lancée en 2005 par un groupe de scientifiques, de décideurs, de militants et d'institutions afin d'évaluer ce qu'il reste à faire pour atteindre l'OMD 4. Lors d'une conférence, des estimations de couverture ont été présentées pour 60 pays prioritaires concernant les initiatives en faveur de la survie de l'enfant. La deuxième conférence, tenue en avril 2008, a élargi le mandat du Compte à rebours à la survie maternelle et néonatale, et le nombre de pays cibles est passé à 68.
- **Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles (AMDD)** qui est un programme mondial géré par la Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, qui contribue à réduire la mortalité et la morbidité maternelles par le biais de la recherche, d'activités de sensibilisation, d'analyses des politiques et d'appui aux programmes. Au cours des dernières années, ce programme été mis en œuvre dans une cinquantaine de pays en développement.

Partenariat pour les mères et les nouveau-nés en République centrafricaine

La République centrafricaine est l'un des pays dont le revenu est le plus faible du monde, avec un revenu national brut par habitant qui ne dépassait pas 360 dollars des États-Unis en 2007. Situé au cœur du continent africain, ce pays a subi une décennie de conflit. Les régions les plus touchées sont situées dans le nord-est et le nord-ouest du pays, où des groupes rebelles s'opposent aux forces gouvernementales. Cette violence incessante s'est soldée par des déplacements massifs de populations et par la perturbation des infrastructures publiques, telles que les services médicaux, surtout dans le nord du pays.

La survie et la santé maternelles et néonatales sont menacées par la pauvreté et le conflit. Le risque de décès maternel sur toute une vie est de 1 sur 25 et, selon les estimations interinstitutions des Nations Unies, le taux de mortalité maternel dans ce pays était de 980 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005. Quant au taux de mortalité néonatale, il était de 52 pour 1 000 naissances vivantes en 2004, soit un taux supérieur à la moyenne pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale de 44 pour 1000 – qui est déjà le taux régional consolidé le plus élevé pour cet indicateur du monde en développement. Les femmes de ce pays ne sont que 53 % à accoucher avec l'aide d'un agent sanitaire compétent.

La faiblesse des mesures prises pour enrayer les maladies contagieuses et l'absence de programmes globaux de santé maternelle prélèvent un lourd tribut sur la santé maternelle et infantile. Parmi les autres maladies infectieuses, le tétanos est une cause importante de décès néonatal. Les cas sont surtout répandus dans les communautés pauvres, isolées et privées de droits, où les prati-

ques obstétricales et postnatales ne sont pas conformes aux normes d'hygiène et l'accès des mères à la vaccination par l'anatoxine tétanique pendant la grossesse est limité.

Malgré les difficultés liées à l'insécurité, les institutions internationales collaborent avec le gouvernement pour lutter contre le tétanos maternel et néonatal dans le cadre de leurs initiatives de soutien à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. En janvier 2008, le Ministère de la santé, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour la population et l'UNICEF, a lancé la Campagne pour la survie de la mère et de l'enfant. La première phase de la campagne a privilégié la vaccination et a permis de vacciner 700 000 femmes en âge d'avoir des enfants contre le tétanos. Une deuxième série d'activités de vaccination s'est déroulée en mars, la campagne ayant pour but d'atteindre 1,5 million de femmes et d'enfants dans l'ensemble du pays. Cette campagne de vaccination contre le tétanos représente une première étape importante de l'initiative visant à faire reculer le nombre de décès maternels et néonataux.

La République centrafricaine et ses partenaires voudraient consolider ces acquis et améliorer le système de santé de façon à ce qu'il offre les services et les interventions de base susceptibles d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, ce qui est loin d'être facile. Le renforcement de la sécurité aura aussi son rôle à jouer dans l'amélioration de l'accès des femmes et des enfants aux soins médicaux.

Voir Références, pages 112.

Les institutions des Nations Unies renforcent leur collaboration pour soutenir la santé maternelle et néonatale

Lors de la réunion de haut niveau sur les Objectifs du Millénaire pour le développement qui s'est déroulée en septembre 2008 à l'Assemblée générale des Nations Unies, les quatre grandes institutions dédiées à la santé – l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale – ont fait une déclaration commune exprimant leur intention d'intensifier et d'harmoniser leurs efforts en faveur de la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le développement no. 5, celui qui affiche les progrès les plus faibles. Cet engagement à agir de concert doit permettre de coordonner les initiatives au niveau national et de réunir conjointement les ressources nécessaires.

Les quatre institutions ont promis de renforcer leur appui aux pays affichant les niveaux les plus élevés de mortalité maternelle – en particulier les 25 pays qui enregistrent les taux de mortalité maternelle et le nombre de décès maternels les plus élevés. Sur la base de leurs spécialités, expériences et avantages comparatifs, ainsi que de leur force collective, ces quatre institutions se proposent de contribuer ensemble au renforcement des capacités, au développement des systèmes de santé, ainsi qu'à l'établissement du coût et au financement des plans de santé maternelle, néonatale et infantile.

Renforcement des capacités nationales

Les institutions coopéreront avec les gouvernements et la société civile afin de renforcer les capacités nationales de la manière suivante :

- Procéder à des évaluations des besoins et s'assurer que les plans de santé sont conformes aux OMD et axés sur les résultats;
- Définir les coûts des plans nationaux et mobiliser rapidement les ressources nécessaires;
- Élargir les services de santé de qualité pour assurer l'accès universel à la santé procréative, en particulier à la planification familiale, à un personnel qualifié pendant l'accouchement, à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, en s'assurant que des liens sont établis avec les services de prévention et de traitement du VIH;
- Répondre au besoin urgent de soignants qualifiés, en particulier de sages-femmes;
- Éliminer les obstacles financiers qui limitent l'accès aux soins, notamment des plus pauvres;
- S'attaquer aux causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles, notamment les inégalités liées au sexe, l'accès limité des filles à l'éducation – surtout au niveau du secondaire – le mariage d'enfants et les grossesses chez les adolescentes;
- Renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation.

Principales fonctions et responsabilités des institutions dans le continuum de soins maternels et néonataux

Dans un document antérieur sur le soutien conjoint aux pays à des fins de mise en œuvre accélérée du continuum de soins maternels et néonataux publié en juillet 2008, ces quatre institutions se sont aussi engagées à coopérer avec les gouvernements à cette fin. Compte tenu de leurs avantages et expertise comparatifs, les principales fonctions qu'assumera chacune de ces institutions ont également été définies spécifiquement :

Organisation mondiale de la Santé : orientations, normes, recherche, suivi et évaluation.

Fonds des Nations Unies pour la population : sécurité des approvisionnements en matière de santé procréative, appui à la mise en œuvre, ressources humaines affectées à la santé sexuelle et procréative, notamment à la santé maternelle et néonatale, et assistance technique au renforcement des capacités en matière de suivi et d'évaluation.

UNICEF : financement, appui à la mise en œuvre, logistique et approvisionnement, et suivi et évaluation.

Banque mondiale : financement de la santé, inclusion de la santé maternelle, néonatale et infantile dans les cadres de développement national, planification stratégique, investissement dans les apports aux systèmes de santé, en particulier fonctions fiduciaires et gouvernance, et élargissement des programmes couronnés de succès.

Par ailleurs, des organismes correspondants, ou des organismes correspondants partagés, ont été identifiés pour chaque volet du continuum de soins maternels et néonataux afin d'assurer au mieux l'appui, la transparence et la coordination nécessaires. Les responsabilités des divers organismes, telles qu'elles sont définies à la *Figure 5.5*, n'excluent pas la participation d'autres entités à chaque secteur, mais implique plutôt que l'organisme ou les organismes correspondants coordonneront les initiatives des Nations Unies d'appui au plan de santé national dans ce secteur particulier. En outre, les travaux de chaque organisme seront toujours fonction de la situation qui prévaut dans chaque pays, des atouts et de l'expérience de chaque organisme au sein d'un pays donné et d'autres facteurs contextuels tels que les approches sectorielles et autres plans et contrats nationaux relatifs à la santé. Dans chaque cas, le gouvernement continuera à diriger et coordonner le processus.

Voir Références, page 112.

Figure 5.5

Organismes de coordination et organismes partenaires pour chaque élément du continuum de soins maternels et néonataux et des fonctions associées

Domaine	Organismes de coordination	Partenaires
Continuum de soins maternels et néonataux		
Planification familiale	UNFPA, OMS	UNICEF, Banque mondiale
Soins prénataux	UNICEF, OMS	UNFPA, Banque mondiale
Accompagnement qualifié des accouchements	OMS, UNFPA	UNICEF, Banque mondiale
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base	UNFPA, UNICEF	OMS, Banque mondiale
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence généraux (C-EmONC)	OMS, UNFPA	UNICEF, Banque mondiale
Soins postpartum	OMS, UNFPA	UNICEF, Banque mondiale
Soins néonataux	OMS, UNICEF	UNFPA, Banque mondiale
Nutrition maternelle et néonatale	UNICEF, OMS, Banque mondiale (nutrition maternelle)	UNFPA
Domaines supplémentaires liés à la santé maternelle et néonatale		
Éducation des filles	UNICEF	UNFPA, Banque mondiale
Sexospécificités/culture/participation masculine	UNFPA, UNICEF	OMS, Banque mondiale
Violence sexiste	UNFPA, UNICEF	OMS
Santé sexuelle et procréative chez l'adolescent – jeunes	UNFPA, UNICEF, OMS	Banque mondiale
Communication au service du développement	UNFPA, UNICEF	OMS, Banque mondiale
Fistule obstétricale	UNFPA	OMS
Prévention des avortements non médicalisés/soins après l'avortement	OMS	UNFPA
Mutilations génitales féminines	UNFPA, UNICEF, OMS	Banque mondiale
Santé maternelle et néonatale dans les situations humanitaires	UNFPA, UNICEF, OMS	Banque mondiale
Infections sexuellement transmissibles	OMS	UNFPA, UNICEF
VIH/SIDA et intégration à la planification familiale	Selon <i>soutien technique/Division du travail</i> de l'ONUSIDA	
Formation préalable et en cours d'emploi à la SMN	OMS, UNFPA	UNICEF, Banque mondiale
Réglementations/législation pour les ressources humaines sanitaires	OMS	UNFPA, UNICEF, Banque mondiale
Liste des médicaments essentiels	OMS	UNFPA, UNICEF
Élaboration et mise en œuvre des plans d'action	OMS, UNFPA, Banque mondiale	UNICEF

Source : Appui conjoint OMS-UNFPA-UNICEF-Banque mondiale aux pays pour une mise en œuvre accélérée du continuum de soins maternels et néonataux, 22 juillet 2008.

Renforcement des systèmes d'information sur la santé : le Réseau de métrologie sanitaire

La fiabilité de l'information est essentielle pour prendre des décisions éclairées en matière de santé publique. Elle influence les politiques, les programmes, les budgets et les évaluations, tout en garantissant la transparence des engagements des gouvernements envers les citoyens de leurs pays. Dans de nombreux pays en développement, toutefois, le sous-investissement dans les systèmes d'information sur la santé est responsable de lacunes dans la collecte, la diffusion et l'analyse des données. À une époque où les problèmes relatifs à la santé se compliquent et à l'approche de la date butoir pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, il est impératif de répondre à la demande d'informations fiables.

Le Réseau de métrologie sanitaire est un partenariat international regroupant des pays en développement, institutions internationales, fondations, partenariats mondiaux pour la santé et des experts techniques, qui a pour but de renforcer les systèmes d'information sur la santé. Ces systèmes regroupent les multiples éléments et sources de données qui, ensemble, contribuent à produire des informations vitales sur la santé : enregistrement, recensements et enquêtes, surveillance et prise en charge des maladies, statistiques relatives aux services et informations sur la gestion de la santé, données financières et recensement des ressources. Conformément aux tendances actuelles relatives au développement des systèmes de santé, le Réseau de métrologie sanitaire cherche à élargir la base des informations sur la santé et les systèmes statistiques au-delà de maladies spécifiques et à favoriser la prise d'initiatives en matière de production et d'utilisation d'informations relatives à la santé au niveau national. Ces objectifs exigent un renforcement de la coordination et de la coopération entre les pays et les partenaires internationaux, et l'adoption d'un plan harmonisé de développement des systèmes d'information sur la santé. Le Réseau de métrologie sanitaire a encore pour but de privilégier la participation des donateurs à un plan unifié, par pays, afin d'élaborer des systèmes d'information sur la santé et de réduire ainsi le double emploi, la fragmentation et les chevauchements.

Le plan harmonisé dépend de l'élaboration d'un Cadre et de Normes à appliquer aux systèmes d'information sur la santé de

chaque pays – encore appelé Cadre Réseau de métrologie sanitaire – que le partenariat adopterait comme paradigme universel pour la collecte de données, l'établissement de rapports et l'utilisation d'ici à 2011. Au centre du cadre se trouve l'outil du Réseau de métrologie sanitaire, un questionnaire standard qui permet aux acteurs nationaux d'évaluer l'état actuel de l'information sur la santé en appliquant des critères spécifiques. L'outil fournit un indicateur de l'état de base, des lacunes les plus importantes en matière de résultats de l'information sur la santé, de mécanismes, contexte et ressources, et une évaluation des résultats et des succès. Les pays qui reçoivent une assistance technique de la part du partenariat doivent se soumettre à une évaluation en utilisant l'outil du Réseau de métrologie sanitaire.

Le but du Cadre Réseau de métrologie sanitaire est double : cibler l'investissement relatif à la normalisation de l'information sur la santé, et améliorer l'accès et, partant, l'utilisation d'informations plus complètes sur la santé aux niveaux national et international. Plutôt que de chercher à remplacer les orientations actuelles relatives à l'information sur les systèmes de santé, le Cadre Réseau de métrologie sanitaire s'efforce plutôt d'élaborer des normes appropriées et de promouvoir les meilleures pratiques. Le processus est censé être dynamique, évoluant donc avec l'intégration d'éléments plus solides et d'expériences plus larges.

En plus d'élaborer un cadre dynamique, le Réseau de métrologie sanitaire poursuit encore deux objectifs : approfondir les systèmes d'information sur la santé grâce à un soutien technique et financier catalytique pour mettre en œuvre le Cadre Réseau de métrologie sanitaire; et élargir l'accès, la diffusion et l'utilisation d'informations sur la santé pour les acteurs à tous les niveaux. Le partenariat s'appuie sur un principe simple et solide : ce n'est pas parce que les pays sont pauvres qu'ils ne peuvent pas se payer une bonne information sur la santé; c'est justement parce qu'ils sont pauvres qu'ils n'ont pas les moyens de s'en passer.

Voir Références, page 112.