



# Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique



THE PARTNERSHIP  
For Maternal, Newborn & Child Health  
IMPROVING HEALTH. SAVING LIVES.

**Soins néonataux en Afrique :  
Données pratiques, soutien  
programmatique et de politiques**

## Chaque année, au moins 1,16 million de nouveau-nés meurent en Afrique

subsaharienne. La région africaine compte les taux les plus élevés de mortalité néonatale au monde et, jusqu'à présent, ce continent est à la traîne en ce qui concerne la réduction des décès néonataux. Il existe pourtant un espoir.

Cette dernière année, la cadence du changement de politiques dans les pays africains a dépassé de loin les attentes, autant de possibilités d'accélérer les progrès pour la santé maternelle, néonatale et infantile.

### SECTION I

Les nouveau-nés africains - Accordons-leur de l'importance

**SECTION I :** Vue d'ensemble des décès néonataux et des vies qui pourraient être sauvées en Afrique dans le but de guider la fixation de priorités en matière de politiques et de programmes. Où, quand et pourquoi les bébés africains meurent-ils et combien pourraient être sauvés ?

### SECTION II

La continuité des soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile

**SECTION II :** Un récapitulatif de la continuité des soins tout au long de la période avant la grossesse, pendant la grossesse, lors de l'accouchement et lors de la période postnatale, faisant ressortir les lacunes actuelles dans la couverture des soins et les possibilités de combler ces lacunes à tous les niveaux - soins familiaux et communautaires, stratégies avancées et centres de soins de santé primaires et établissements de référence.

### SECTION III

Possibilités de dispenser des soins néonataux dans le cadre des programmes existants

**SECTION III :** Vue d'ensemble de la situation actuelle pour 9 programmes essentiels concernant la santé néonatale. Ces vues d'ensemble se penchent sur les possibilités et les défis à relever et présentent des études de cas se rapportant au renforcement et à l'intégration de la santé néonatale le long de la continuité des soins.

### SECTION IV

Atteindre toutes les mères et tous les bébés en Afrique avec les soins essentiels

**SECTION IV :** Les cadres de politiques sont en place mais l'écart subsiste entre la politique et l'action, surtout pour le plus pauvre. Que pouvons-nous apprendre des pays qui vont de l'avant ? Des étapes pratiques sont données pour renforcer et intégrer la prestation de services pour les soins néonataux.

### SECTION V

Information concrète pour passer à l'action

**SECTION V :** Récapitulatif des données pertinentes pour la prise de décisions pour 46 pays de l'Afrique subsaharienne concernant l'état de santé maternelle, néonatale et infantile et les politiques connexes.

# Table des matières

- 2 Message – Dr Gertrude Mongella,  
Parlement panafricain
- 3 Avant-propos – Dr Francisco Songane, Partenariat  
pour la Santé maternelle, néonatale et infantile
- 4 Introduction – Professeur E. Oluwole Akande,  
Equipe spéciale régionale africaine de SMNI
- 5 Résultats et actions



- I 11 Les nouveau-nés africains - Accordons-leur  
de l'importance

I

- II 23 La continuité des soins pour la santé maternelle,  
néonatale et infantile

II

- III 39 Soins pour les filles et les femmes avant la grossesse
- 51 Soins prénatals
- 63 Soins à l'accouchement
- 79 Soins postnatals
- 91 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (SMNI)
- 101 Promotion de la nutrition
- 113 Programmes de prévention de la transmission  
mère-à-enfant du VIH
- 127 Programmes de lutte contre le paludisme
- 137 Programmes de vaccination

III

- IV 151 Atteindre toutes les mères et tous les bébés en Afrique  
avec les soins essentiels

IV

- V 173 Information concrète pour passer à l'action

V

- 232 Références
- 241 Indices
- 245 Remerciements



# Message

**Le nouveau-né de l'Afrique renferme la promesse de l'Afrique - notre meilleure chance**



## Chaque année en Afrique...

- ▶ 30 millions de femmes tombent enceintes
- ▶ environ 250 000 femmes meurent de causes liées à la grossesse
- ▶ environ 1 million de bébés sont mort-nés
- ▶ au moins 1 million de bébés meurent pendant leur premier mois de la vie et environ un demi-million meurent leur premier jour
- ▶ 3,3 millions d'enfants africains en plus mourront avant leur cinquième anniversaire
- ▶ 4 millions de bébés souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance et autres bébés avec des complications néonatales vivront peut-être mais n'atteindront jamais tout leur potentiel

Chaque pays en Afrique vient s'ajouter à un catalogue de pertes composées d'un trop grand nombre de décès maternels, néonataux et infantiles. Et pourtant, cette perte n'a pas besoin d'être inévitable. Au moins deux tiers des nouveau-nés et une proportion analogue de mères et d'enfants pourraient être sauvés à l'aide d'interventions efficaces par rapport aux coûts qui existent déjà dans les politiques de la plupart des pays mais qui n'arrivent pas jusqu'au pauvre. En renforçant la santé néonatale, tout le monde y gagne, les mères, les bébés et les enfants. Nous pouvons nous permettre le prix puisqu'il est de 1,39 \$US en plus par personne. Imaginez si tous les fonds utilisés pour la destruction et les conflits en Afrique étaient redirigés pour la santé et la survie des nouveau-nés.

De nouvelles possibilités se présentent à l'Afrique. Le rapport de la Commission économique pour l'Afrique et les répercussions de Live 8 et du Sommet G8 de 2005 ont suscité une attention externe sans précédent accompagnée d'un immense espoir de développement et de changement. En Afrique, les dirigeants des gouvernements, l'Union africaine et les organisations régionales de santé dressent leurs plans stratégiques pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. C'est d'une nouvelle manière qu'on responsabilise les partenaires du développement pour qu'ils soutiennent l'Afrique.

De nouvelles possibilités se présentent également pour les bébés. C'est la première fois dans toute l'histoire que la politique mondiale tient compte des quatre millions de décès de nouveau-nés par an - plus que tous les décès combinés du SIDA et du paludisme. Par le passé, les nouveau-nés mouraient sans être vus et sans être comptés mais à présent, les bailleurs de fonds commencent à reconnaître que la santé néonatale est une priorité. Les gouvernements, les communautés et les familles, eux aussi, devraient placer en priorité les nouveau-nés, nos membres de la société les plus vulnérables.

Ce livre réunit un grand nombre des experts techniques et leaders de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique qui s'inscrivent dans ce nouvel espoir. Alors qu'ils ont travaillé ensemble pour produire cette publication, le travail en équipe pour sauver les nouveau-nés de l'Afrique a progressé. A présent, c'est de nous, les utilisateurs de cette publication, qu'il dépend d'atteindre chaque femme, chaque bébé et chaque enfant en Afrique pour leur apporter les interventions essentielles et salvatrices. Nous avons un rôle à jouer - en tant que représentants officiels du gouvernement pour diriger, en tant que décideurs pour garantir des interventions essentielles et l'équité, en tant que partenaires et bailleurs de fonds pour soutenir les programmes, en tant qu'agents de santé pour fournir des soins de haute qualité et en tant qu'humains pour appeler à plus d'action pour les nouveau-nés, les mères et les enfants de l'Afrique.

Honorable Ambassadeur Dr Gertrude I. Mongella  
Présidente, Parlement panafricain, Union africaine  
[www.panafricanparliament.org](http://www.panafricanparliament.org)

# Avant-propos

**L'amélioration de la santé et de la survie des nouveau-nés de l'Afrique fera progresser l'intégration de la santé infantile et maternelle, mais uniquement en partenariat**



*Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique* est un jalon visible dans l'effort de sauver quatre millions de bébés qui meurent chaque année dans le monde de causes qui peuvent être prévenues et traitées, surtout les 1,16 million de nouveau-nés qui meurent en Afrique. Publiée sous l'égide du Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile (PMNCH) et mise au point par une équipe de 60 auteurs, dont un grand nombre sont Africains ou travaillent en Afrique, cette publication est le ressort vers l'intégration des efforts mondiaux pour sauver 11 millions de vies maternelles, néonatales et infantiles chaque année, mettant en avant la continuité des soins pour sauver ces vies.

La santé des bébés est souvent passée dans les mailles du filet. Les gouvernements, les organisations internationales, les réalisateurs de programme et les bailleurs de fonds sont davantage enclins à traiter la santé des femmes, la santé des enfants ou les maladies infectieuses par le biais de programmes « verticaux » séparés et souvent en compétitivité. Une telle orientation n'a guère aidé les pays à mettre en place de solides systèmes de santé intégrée. L'absence des soins néonataux dans bien des programmes clés en est un des effets secondaires flagrants.

Le nouveau-né est le relais entre les soins maternels et infantiles et il occupe une place centrale dans la continuité des soins, reliant les soins de la mère, de l'enfant et du nouveau-né. La naissance et la première semaine de la vie d'un bébé s'accompagnent du risque le plus élevé pour les mères et les enfants. Et pourtant, en Afrique, moins de la moitié de toutes les femmes accouchent avec l'aide d'un prestataire qualifié et moins encore bénéficient de soins postnatals. Les gains qui seront obtenus d'une couverture plus élevée en interventions essentielles spécifiées dans cette publication bénéficieront aussi bien à la mère qu'au nouveau-né - et s'étendront bien au-delà de la période néonatale, bénéficiant également aux jeunes enfants et à ceux plus âgés.

*Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique* fera progresser l'intégration et l'expansion des interventions en vue de réduire les décès néonataux en Afrique, où le taux de mortalité néonatale est le plus élevé au monde. En moyenne, 41 bébés sur 1 000 meurent pendant le premier mois de la vie. Les messages de cette publication doivent être traduits en actions concrètes pour changer cette situation de négligence. Il est de la plus haute importance que les gouvernements nationaux dirigent cet effort et que la communauté internationale joue un rôle complémentaire en mobilisant les ressources supplémentaires nécessaires au bon moment. Evidemment, la question est de savoir comment travailler ensemble en partenariat pour accélérer l'action, renforcer les services de santé sous-jacents et arriver à une couverture élevée et équitable d'interventions essentielles. Bien des choses pourront être accomplies par une meilleure intégration des programmes et harmonisation des activités des bailleurs de fonds, mais il faudra un financement supplémentaire, surtout pour les pays les plus pauvres.

La santé des mères, des nouveau-nés et des enfants représente le bien-être de la société. Le moment est venu de travailler main dans la main et de saisir cette occasion pour soutenir les programmes nationaux afin de concrétiser les programmes et de faire progresser la santé néonatale dans le contexte d'un renforcement des systèmes de santé à l'écoute de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Dr Francisco Songane  
Directeur, Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile  
Genève, Suisse  
[www.pmnch.org](http://www.pmnch.org)

# Introduction



**Cette publication comble la brèche entre la politique et l'action pour la santé maternelle, néonatale et infantile. C'est une ressource capitale pour ceux en Afrique et partout ailleurs.**

Ces dernières années, la politique s'est axée davantage sur la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) en Afrique. A présent, l'Union africaine compte trois stratégies régionales à divers stades de développement :

- La Feuille de Route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2004)
- Le Cadre de Survie de l'Enfant (2005)
- Le Plan d'Action de Maputo pour la Santé et les Droits en matière de Sexualité et de Reproduction (2006)

Chacun de ces cadres de politiques soutient l'adaptation et la mise en œuvre, dans le pays, par le gouvernement national avec l'aide des partenaires au regard des principes de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide - « *Un plan, Un mécanisme de coordination, Un mécanisme de suivi et d'évaluation.* » Déjà 35 pays ont démarré la mission avec la Feuille de Route adoptée par l'Equipe spéciale de la SMNI en 2004. ces cadres de politiques représentent un grand pas en avant, mais ce n'est que le premier pas sur la route en vue de sauver des vies grâce à une couverture étendue d'interventions essentielles. Le temps est compté - seules neuf années restent avant la date cible de 2015 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'Afrique peut et doit accélérer la cadence.

*Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique* aide à combler la brèche entre la politique et l'action pour la SMNI. Le nouveau-né est au centre de la continuité des soins - une attention systématique accordée au renforcement et à l'expansion des soins néonataux dans les plans et programmes nationaux aura pour bénéfice de meilleurs services de SMNI. Cette publication comprend les sections suivantes :

La **Section I traite essentiellement des décès néonataux en Afrique, complétée par les profils de la Section V** qui apportent une analyse situationnelle fondamentale de la santé maternelle, néonatale et infantile pour 46 pays en Afrique, notant les progrès en vue d'atteindre l'OMD 4, la couverture le long de la continuité des soins, l'évaluation de l'équité et le suivi du financement de la santé, la fourniture de données pour la prise de décisions étayant les politiques et programmes de SMNI.

La **Section II** ébauche la continuité des soins essentiels pour relier des soins de qualité de la fille, de la femme, du bébé et de l'enfant et intégrer les programmes de SMNI qui sont la pierre angulaire d'un système de santé efficace. Un grand nombre des décès maternels et néonataux surviennent à domicile et sont dus aux retards pris à la maison. De meilleurs liens entre les familles et les établissements de santé sont également d'importance vitale.

La **Section III** comprend neuf chapitres expliquant en détail comment les programmes clés de SMNI le long de la continuité des soins peuvent être renforcés, mettant en avant les possibilités immédiates de relier la santé néonatale dans ces programmes qui existent déjà.

La **Section IV** examine ce que nous avons appris de six pays qui vont de l'avant. Des étapes pratiques sont indiquées pour accélérer les actions, en rapport avec la planification nationale. L'investissement doit être augmenté et une utilisation plus efficace doit être faite des possibilités et ressources existantes. Les organisations professionnelles ont un rôle important à jouer puisque les sages-femmes, les médecins, les obstétriciens et les pédiatres composent l'interface des soins qualifiés. La délégation de rôles spécifiques aux agents communautaires et personnels au niveau intermédiaire reliés à ces équipes permettra probablement d'accélérer les progrès. L'amélioration de la supervision et le suivi des progrès revêtent une grande importance pour la qualité des soins, au même titre que l'attention accordée à une offre fiable de produits.

Le **CD qui accompagne** cet ouvrage présente des guides clés de planification et de mise en œuvre de programme, ainsi que du matériel et des données supplémentaires.

Cette publication est une ressource vitale pour un grand nombre de personnes en Afrique et au-delà et devrait pousser à l'action pour arriver à la couverture universelle, en tendant tout spécialement la main vers le pauvre. Nous devons sortir de notre cadre ordinaire et aller vers le plus : plus de leadership du gouvernement, plus de partenariats, plus de planification harmonisée, plus d'investissement, plus de personnel, plus de formation, plus de supervision, plus de produits et plus de sens de responsabilité.

Professeur E. Oluwole Akande  
Président, Equipe spéciale régionale africaine de Santé  
maternelle, néonatale et infantile (SMNI)

# Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique

**Chaque année, en Afrique subsaharienne, 1,16 million de bébés meurent pendant le premier mois de la vie et un million en plus sont des mort-nés.** Plusieurs grands pays africains ont fait un pas en avant récemment et ont réussi à faire reculer la mortalité infantile, soulevant à nouveau l'espoir d'atteindre le quatrième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) : Réduire la mortalité des moins de cinq ans des deux tiers entre 1990 et 2015. Le tableau est plus sombre par contre pour les bébés africains lors de leur premier mois et surtout lors de la première semaine de la vie : très peu de progrès ont été enregistrés à ce niveau. Jusqu'à un demi-million de bébés africains meurent le jour même où ils naissent. Le quatrième OMD sur la survie de l'enfant en Afrique ne saura être atteint que si l'on redouble d'attention et si l'action de santé nécessaire est prise pour épargner le nouveau-né (lire davantage à ce sujet à la section I).

**Selon une nouvelle analyse présentée dans cette publication, il est possible d'éviter les deux tiers des décès de nouveau-nés en Afrique** - 800 000 vies peuvent être épargnées chaque année - si les interventions essentielles déjà expliquées dans les politiques sont effectivement appliquées à 90 % des mères et des nouveau-nés en Afrique. Les programmes existants présentent d'amples occasions de renforcer ou d'intégrer les soins néonataux (lire davantage à ce sujet dans la section II).

Renforcement des interventions essentielles de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) le long de la continuité des soins : (Lire davantage à la Section III)

- Soins des filles et des femmes avant la grossesse (chapitre 1)
- Soins prénatals (chapitre 2)
- Soins à l'accouchement (chapitre 3)
- Soins postnatals et néonataux (chapitre 4)
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) (chapitre 5)
- Nutrition et allaitement maternel (chapitre 6)

Intégration avec d'autres programmes essentiels

- Programmes de prévention de la transmission mère à enfant (PTME) (chapitre 7)
- Programmes de lutte contre le paludisme (chapitre 8)
- Programmes de vaccination (chapitre 9)

Amélioration des liens entre les ménages et les services de santé

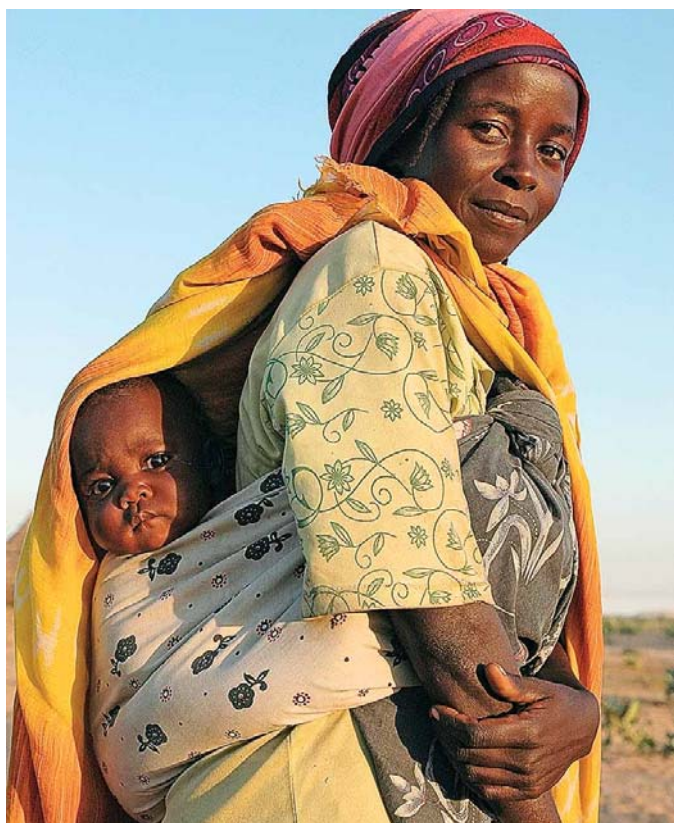
- Responsabiliser les familles et les communautés et leur donner les moyens d'agir - augmenter la demande
- Garantir la qualité des soins dans les formations sanitaires : améliorer l'offre
- Encourager des stratégies novatrices et efficaces pour arriver à ceux délaissés jusqu'à présent

**L'investissement pour sauver le nouveau-né sauve également la mère et l'enfant** (lire davantage à ce sujet à la page 25). En 2004, les pays de l'Afrique subsaharienne ont dépensé, d'après les estimations, 0,58 \$US par habitant en frais de fonctionnement pour les interventions essentielles de SMNI. Dans de nombreux pays de l'Afrique, surtout en Afrique de l'Ouest, ce sont les familles pauvres

qui doivent payer de leur poche la majeure partie des soins. Cela coûterait 1,39 \$ en plus par habitant et par an pour que 90 % des femmes et des bébés en Afrique subsaharienne puissent bénéficier de l'enveloppe de soins essentiels. Et pour un coût supplémentaire d'un milliard de dollars par an, ces soins pourraient être étendus à l'ensemble du continent. Sont compris dans cette estimation les coûts des ressources humaines, des fournitures et de l'équipement ainsi que les dépenses d'entretien des établissements de santé mais non pas les coûts de construction des grandes formations sanitaires. Les interventions destinées au nouveau-né ne reçoivent que 30 % de ce total, la majorité des investissements bénéficiant donc directement aux mères et aux enfants plus âgés.

## Les pays pauvres vont de l'avant - bonnes nouvelles de l'Afrique !

Certains pays sont arrivés à réduire la mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans. Six pays - Erythrée, Malawi, Burkina Faso, Madagascar, Tanzanie et Ouganda - ont obtenu des taux de mortalité néonatale entre 24 et 32 pour 1 000 naissances vivantes alors que le revenu national brut par habitant est inférieur à 400 \$US par an. Plusieurs de ces pays ont également obtenu de bons résultats au niveau de la mortalité maternelle. Autant d'expériences qui peuvent inspirer d'autres pays à suivre l'exemple sous bien des angles : leadership, gestion locale, priorité accordée aux interventions essentielles et approches pour protéger les familles pauvres des coûts de soins de santé qui ne cessent de grimper. Récemment, plusieurs pays africains ont supprimé les services payant pour les soins de SMNI ou pour des interventions essentielles (telle que la césarienne pratiquée en cas d'urgence pour sauver la vie de la mère et de l'enfant).



# Résultats-clés **Un destin inséparable du nouveau-né, de la mère et de l'enfant**

QUI ?	QUAND ?	POURQUOI ?
<p>Chaque année, 30 millions de femmes tombent enceintes et 18 millions accouchent à domicile, privées de soins qualifiés.</p> <p>Chaque jour en Afrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 700 femmes meurent de causes imputables à la grossesse.</li> <li>• 3 100 nouveau-nés meurent et 2 400 en plus sont mort-nés.</li> <li>• 9 600 enfants meurent après le premier mois de la vie et avant d'atteindre l'âge de 5 ans.</li> <li>• Un décès infantile sur quatre (chez les moins de 5 ans) en Afrique est un décès de nouveau-né.</li> </ul>	<p>La naissance, le premier jour et la première semaine de la vie sont des moments d'importance cruciale : lorsque le risque de mourir est à son maximum et que la couverture des soins baisse - la moitié des femmes africaines et leurs bébés ne reçoivent pas de soins qualifiés à l'accouchement et un nombre moindre encore bénéficient de soins postnatals adéquats. C'est également un moment crucial pour d'autres interventions, surtout la prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH et l'allaitement maternel.</p>	<p>Les infections, la prématurité et l'asphyxie sont les trois grandes causes du décès néonatal. L'insuffisance pondérale à la naissance est présente dans la majorité des décès du nouveau-né, imputable au décès maternel, à la nutrition de la mère et aux infections telles que le paludisme et le VIH.</p>

## Un nouveau-né en bonne santé changera l'avenir

### Interventions qui ont fait leurs preuves pour sauver la vie du nouveau-né

Enveloppes le long de la continuité	
Soins des filles et des femmes avant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Education donnant les mêmes chances aux filles</li> <li>• Promotion nutritionnelle, surtout pour les filles et les adolescentes</li> <li>• Prévention de la mutilation génitale de la femme</li> <li>• Prévention et prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST)</li> <li>• Planification familiale</li> </ul>
Soins pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins prénatals focalisés                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Deux doses au moins du vaccin antitétanique (TT2+)</li> <li>– Traitement de la syphilis/IST</li> <li>– Traitement de la prééclampsie</li> <li>– Traitement préventif intermittent du paludisme lors de la grossesse (TPI) et utilisation de moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII)</li> <li>– Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH (PTME)</li> </ul> </li> <li>• Préparatifs à l'accouchement et aux urgences, à domicile encourageant la demande pour des soins</li> </ul>
Soins à l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge qualifiée à l'accouchement</li> <li>• Soins obstétricaux d'urgence (SOU)</li> <li>• Meilleurs liens entre le domicile et l'établissement de santé</li> <li>• Compagne choisie par la mère pour la soutenir lors de l'accouchement</li> <li>• Si la présence d'un prestataire qualifié n'est pas possible, adopter à domicile les bonnes mesures d'hygiène lors de l'accouchement ainsi qu les soins essentiels du nouveau-né (sécher le bébé, le garder au chaud, veiller à l'hygiène et allaitement maternel exclusif)</li> </ul>
Soins postnatals	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins postnatals routiniers pour le dépistage et transfert rapide tant en cas de maladie que pour des soins préventifs :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour la mère : Promotion de comportements sains, reconnaissance des signes de danger et planification familiale</li> <li>– Pour le bébé : Promotion de comportements sains - hygiène, chaleur, allaitement maternel, reconnaissance des signes de danger et prophylaxie oculaire et vaccinations conformément aux politiques locales</li> </ul> </li> <li>• Soins supplémentaires pour les petits bébés ou bébés avec d'autres problèmes (dont la mère est atteinte de VIH/SIDA)</li> </ul>
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge et soins des bébés avec une insuffisance pondérale à la naissance (IPN) y compris utilisation de la méthode de la mère Kangourou</li> <li>• Soins néonataux d'urgence en cas de maladie, notamment septicémie</li> </ul>
Programmes transversaux	
Promotion nutritionnelle et de l'allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion nutritionnelle surtout pour les filles et les adolescentes</li> <li>• Nutrition maternelle lors de la grossesse et de l'allaitement</li> <li>• Allaitement maternel immédiat et exclusif pour les bébés</li> </ul>
Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention du VIH et des IST et prévention de la grossesse non souhaitée</li> <li>• PTME par l'intermédiaire du traitement antirétroviral et de pratiques sans risques d'alimentation du nourrisson</li> </ul>
Lutte antipaludique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse (TIP) et moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII)</li> </ul>
Vaccinations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccinations antitétaniques (au moins deux doses) pour les femmes enceintes</li> </ul>



# Résultats-clés **Un destin inséparable du nouveau-né, de la mère et de l'enfant**

SOMMES-NOUS EN TRAIN DE NOUS RAPPROCHER DES BUTS ?

SOLUTIONS POUR LES DÉCÈS DES NOUVEAU-NÉS ?

LE COÛT ?

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont suscité une vive attention mais c'est l'action qui est à la traîne. L'Afrique doit avancer plus rapidement. Certes l'engagement politique face aux programmes de survie de l'enfant a permis de sauver la vie de ceux plus âgés mais le tableau est plus sombre en ce qui concerne les taux de mortalité du nouveau-né au niveau régional. Peu de progrès mesurables ont été faits. Quarante et un sur mille bébés africains nés en Afrique meurent avant d'avoir un mois. Proportion comparable à celle de l'Angleterre - il y a plus de cent ans de cela.

Les deux tiers des décès néonataux pourraient être évités grâce à une couverture élevée d'enveloppes essentielles de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) qui existent déjà, du moment que sont renforcés certains aspects spécifiques des soins néonataux. Plus de 2 000 vies de nouveau-nés pourraient être sauvées chaque jour. La continuité des soins reliant les interventions de santé maternelle, néonatale et infantile tout au long du cycle de la vie et entre les divers niveaux de prestation de services de santé est la voie d'avenir.

Le coût est abordable - 1,39 \$US en plus par habitant et les deux tiers de cette somme profitent aux soins généraux de SMNI. L'investissement dans les soins du nouveau-né bénéficie également aux mères et aux enfants plus âgés.

## Possibilités clés dans les politiques et programmes pour sauver la vie du nouveau-né

- Remettre à plus tard la première grossesse après l'âge de 18 ans et espacer les naissances d'au moins 24 mois
- Prévenir et traiter l'infection à VIH et les IST surtout chez les adolescentes

- Augmenter la qualité des consultations prénatales, en vérifiant que les femmes bénéficient de quatre consultations et d'interventions efficaces avec des soins prénatals focalisés
- Encourager les soins améliorés des femmes à domicile et rechercher les possibilités de les faire participer activement ainsi que les communautés à l'analyse et à la satisfaction des besoins en SMNI

- Augmenter la disponibilité des soins qualifiés lors de l'accouchement et vérifier que les accoucheuses sont compétentes et équipées pour les soins néonataux d'urgence et la réanimation
- Inclure les soins néonataux d'urgence en étendant les soins obstétricaux d'urgence
- Promouvoir de meilleurs liens entre le domicile et l'établissement de santé (transport d'urgence)

- Atteindre un consensus mondial concernant l'enveloppe des soins postnatals
- Réaliser une recherche opérationnelle en Afrique pour faire le test des modèles de soins postnatals dont les soins au niveau communautaire pour accélérer leur adoption à plus grande échelle
- Augmenter la disponibilité et la qualité des soins postnatals

- Adapter les algorithmes de la PCIME pour traiter les maladies infantiles et les adopter à grande échelle
- Vérifier que les hôpitaux peuvent fournir des soins pour les bébés souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance y compris méthode la mère Kangourou et soutien pour l'alimentation
- Renforcer les pratiques communautaires favorisant la santé du nouveau-né

- Traiter l'anémie pendant la grossesse en administrant des suppléments de fer et de folate, un traitement contre l'ankylostome et de prévention du paludisme
- Revoir et renforcer les politiques et programmes pour soutenir l'allaitement maternel immédiat et exclusif, en adaptant la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

- Étendre la couverture et améliorer l'intégration de la PCIME, surtout avec les soins prénatals et postnatals
- Saisir les possibilités présentées par l'expansion des programmes de lutte contre le VIH pour renforcer les services de PCIME (meilleure gestion des laboratoires et des produits et meilleur suivi des femmes et des bébés, surtout lors de la période postnatale)

- Étendre la couverture du TPI et des MII pour traiter le paludisme lors de la grossesse
- Utiliser la dynamique actuelle des programmes de lutte antipaludique pour renforcer les services de SMNI (laboratoires, fournitures et mobilisation sociale)

- Accélérer l'élimination du tétanos maternel et néonatal
- Utiliser la solide gestion et la vaste portée des programmes de vaccination pour renforcer les services de SMNI (mobilisation sociale, interventions connexes et suivi)



# Actions

## pour les décideurs en Afrique

Si les possibilités ainsi que les lacunes pour la SMNI diffèrent d'un pays à l'autre, les thèmes suivants ressortent pourtant dans tous les pays qui ont bénéficié de la SMNI :

**Un leadership responsable :** Un leadership conscient de ses responsabilités et qui assure la direction est des facteurs qui pèsent de tout leur poids dans la direction prise et l'action menée. Plusieurs pays où les progrès les plus notables ont été faits au niveau de la réduction de la mortalité néonatale ont pu compter sur l'engagement public constant de leurs dirigeants face à la santé maternelle, néonatale et infantile. Un bon leadership encourage le travail en équipe, l'utilisation à bon escient des ressources et donne confiance aux investisseurs de l'extérieur.

**La politique nationale et l'action locale travaillent main dans la main :** Quasiment tous les pays qui ont fait un pas en avant disposent de documents de stratégie de réduction de la pauvreté et de plans de réforme du secteur de la santé. Mais, trop souvent, une faille existe entre la planification stratégique au niveau national et l'action de santé au niveau local. Les dirigeants de la Tanzanie conscients de cette distance ont confié les rênes aux équipes de district. Ces dernières à présent octroient les crédits budgétaires locaux en fonction de la charge de maladie, d'où des dépenses accrues pour la survie de l'enfant et une couverture de plus en plus étendue des interventions essentielles.

**Des communautés et des familles dotées des moyens de se venir en aide :** L'essentiel des soins pour les mères et leur nouveau-né et autres enfants est prodigué à la maison. Les femmes et les familles ne restent pas les bras croisés. Si on leur donne les moyens, elles feront partie de la solution en vue de sauver la vie et d'encourager des comportements sains, tels que l'allaitement maternel ou la consultation rapide des services de santé en cas de maladie. Nombreuses sont également les solutions communautaires qui font une différence, par exemple les transports vers l'hôpital en cas d'urgence et les plans de paiement préalable.

**Un engagement démontré sur les plans suivants :**

- *Formulation de politiques soutenant l'expansion de la couverture des enveloppes/interventions essentielles de SMNI.* La Feuille de Route menant à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et le cadre régional pour la survie de l'enfant de OMS/UNICEF/Banque mondiale sont autant de chemins pouvant être empruntés pour arriver plus rapidement à atteindre l'OMD 4 (survie de l'enfant) et l'OMD 5 (santé maternelle) dans chaque pays de l'Afrique et aider à atteindre l'OMD 6 lié au combat contre le paludisme et le VIH/SIDA. Toutefois cela ne sera possible qu'en restant centré sur des plans de 5 à 10 ans.
- *Mobilisation de ressources et investissement accru pour la santé en se dirigeant vers un système de santé équitable.* Orientation qui demande un examen attentif du financement des soins de santé pour atteindre l'objectif d'Abuja lié aux dépenses publiques pour la santé. Il faut pourtant chercher à protéger le pauvre, surtout des coûts catastrophiques des urgences obstétricales.
- *Maximiser les ressources humaines.* Cela demande également qu'on utilise chaque fois que possible les agents communautaires.
- *Mesure des progrès et utilisation des données pour étayer la prise de décisions.* Cela suppose équité dans la prestation de services, ainsi que responsabilisation et engagement public.

# Actions

## pour les responsables de programmes et professionnels en Afrique

Sans engagement politique et sans politiques favorables, il ne sera pas possible de formuler des plans réussis qui débouchent effectivement sur une action de santé concrète. Deux axes parallèles et interdépendants sous-tendent une planification efficace:

*La démarche politique participative* identifie et engage les principales parties prenantes dont des représentants de groupements féminins et groupes communautaires. Elle crée un contexte politique favorable et confère un sens d'appartenance chez ceux concernés et facilite donc l'identification des ressources nécessaires à la mise en œuvre.

*Un processus systématique de gestion et de classement prioritaire* favorise l'octroi efficace des modiques ressources. Le processus est appliqué le long des quatre étapes suivantes :

**Etape 1.** Réaliser une analyse situationnelle de la santé du nouveau-né dans le contexte de la SMNI.

**Etape 2.** Formuler, adopter et financer un plan stratégique national ancré dans la politique nationale en progressant étape par étape pour chercher à sauver dès maintenant le plus grand nombre de nouveaux-nés et à renforcer à plus longue échéance le système de soins de santé.

**Etape 3.** Mettre en œuvre les interventions et renforcer le système de santé en prêtant une attention toute spéciale aux ressources humaines. Dans les dix années qui viennent, l'Afrique aura besoin de 180 000 sages-femmes en plus pour étendre à plus grande échelle les soins qualifiés lors de l'accouchement. Ce besoin ne pourra être satisfait que si des plans détaillés de renforcement des ressources humaines se penchent non seulement sur la formation mais aussi sur la rétention du personnel existant.

**Etape 4.** Suivre, analyser et évaluer les résultats, les coûts et les ressources financières. Si, à l'heure actuelle, les décès néonataux sont nettement sous-estimés, alors l'évaluation des progrès risque d'induire en erreur. Il est impératif donc de disposer de données de bonne qualité qui sont collectées fréquemment et ensuite de les utiliser pour étayer la prise de décisions. Non seulement faut-il garder le compte des décès mais aussi veiller à la couverture et à la qualité des interventions essentielles tout en contrôlant les ressources financières.

# Actions

## pour les partenaires pour accélérer les progrès en Afrique

L'action efficace ne saurait se passer d'un bon partenariat. Les partenaires ont un rôle capital à assumer pour aider à sauver la vie. Ils entrent en jeu au niveau des principes suivants :

**Premier principe.** Augmenter le financement des interventions essentielles de la SMNI. Ces interventions qui sauvent la vie des mères, des bébés et des enfants sont très efficaces par rapport aux coûts. L'investissement entre dans la responsabilité des pays riches et pauvres, des bailleurs de fonds internationaux et des dirigeants nationaux. Une augmentation de 3 à 5 fois du financement s'avère nécessaire.

**Deuxième principe.** Garder les gouvernements au volant et soutenir les priorités nationales, dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide : un plan, un mécanisme de coordination et un système de suivi pour simplifier la gestion et le compte rendu.

**Troisième principe.** Améliorer l'harmonisation entre partenaires. Parfois, l'action est freinée et ralentie car les partenaires font double emploi ou partent dans des directions différentes. Leur convergence favorise une meilleure prise de décisions et utilisation plus efficace des ressources au niveau national. C'est le principe fondateur du Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile (PMNCH). Le présent ouvrage est une sorte de tremplin poussant à l'action par de multiples partenaires.

# Le nouveau-né africain renferme la promesse de l'avenir de l'Afrique

Encore très récemment, les décès des nouveau-nés en Afrique ne portaient pas de chiffres. Ils n'étaient pas comptés. Le renouveau d'attention accordée aux nouveau-nés de l'Afrique - membre le plus vulnérable de la société - s'accompagne de la possibilité de renforcer l'action de santé en vue de réduire la mortalité néonatale et de renforcer les services de SMNI et de mieux les intégrer aux programmes existants.

Une couverture d'interventions essentielles étendue à 90 % permettrait de sauver la vie de 800 000 nouveau-nés chaque année en Afrique et sauverait également la vie et améliorerait la santé des mères et des enfants. Des solutions faisables sont à portée de main et doivent être saisies dès maintenant pour sauver la vie des mères et des enfants.

L'Honorable Ambassadeur Docteur Mongella, présidente du Parlement panafricain, a déclaré :

*« A présent, c'est à nous, les utilisateurs de cette publication, qu'il revient d'apporter les soins essentiels à chaque femme, bébé et enfant en Afrique. Nous avons tous un rôle à jouer en tant que représentants officiels du gouvernement pour diriger, en tant que décideurs pour garantir les interventions essentielles et l'équité, en tant que partenaires et donateurs pour soutenir les programmes, en tant qu'agents de santé pour apporter des soins de haute qualité et en tant qu'humains pour défendre une plus grande action au bénéfice du bébé, de la mère et de l'enfant africains. »*



## Appel à l'action pour sauver le nouveau-né africain

### Appel à l'action au niveau national

- ▶ D'ici la fin de 2007, réaliser et publier un plan d'action pour atteindre les objectifs nationaux de survie néonatale, en suivant la Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et autres stratégies pertinentes pour la santé de la reproduction et la survie de l'enfant. Ce plan devrait reposer sur des analyses situationnelles avec un taux de mortalité néonatale (initial et cible) pour ancrer des interventions valides et des stratégies à l'égard des familles les plus pauvres.
- ▶ Financer la mise en œuvre du plan d'action en identifiant et en mobilisant des ressources internes, en obtenant un soutien externe lorsque c'est nécessaire et en vérifiant que le délaissé et le pauvre trouve sa place dans l'expansion des efforts.
- ▶ Mettre en œuvre le plan au sein des programmes de santé maternelle et infantile avec des objectifs et délais, indiquant les progrès progressifs faits vers la couverture universelle des interventions essentielles.
- ▶ Suivre les progrès et publier régulièrement les résultats. Comparer à l'aune d'instruments comme la Feuille de Route et d'examen du secteur de la santé avec l'engagement de la société civile. Comptons chaque nouveau-né pour qu'il compte.

### Appel à l'action au niveau international

- ▶ Inclure un TMN comme indicateur pour l'OMD 4, avec pour cible une réduction de 50 % entre 2000 et 2015.
- ▶ Publier des données nationales du TMN dans les rapports mondiaux, sur une base annuelle.
- ▶ Maximiser les ressources pour répondre aux besoins supplémentaires retenus par les pays afin d'arriver à une couverture étendue des interventions.
- ▶ Promouvoir l'intégration de la santé maternelle, néonatale et infantile ainsi que des programmes de lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et des programmes de vaccination afin d'aider les systèmes de santé à sauver un plus grand nombre de vies.

## Sigles

ASC	Agent de santé communautaire	SPN	Soins postnatals
CPN	Consultations prénatales	TMI	Taux de mortalité infantile
EDS	Enquête démographique et de santé	TMM	Taux de mortalité maternelle
EGMI	Enquêtes sur grappes à multiples indicateurs	TMM5	Taux de mortalité des moins de cinq ans
IPN	Insuffisance pondérale à la naissance	TMN	Taux de mortalité néonatale
MII	Moustiquaire imprégnée aux insecticides	TPI	Traitement préventif intermittent
MMK	Méthode de la mère Kangourou	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement		
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance		
PTME	Prévention de la transmission mère à enfant du VIH		
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise		
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile		
SOU	Soins obstétricaux d'urgence		

## Langage pour compter les mères, les nouveau-nés et les enfants

### Mères

Le *ratio de mortalité maternelle* est le nombre de décès maternels provenant de causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes.

### Mortinatalité

Le *taux de mortinatalité* est le nombre annuel de bébés mort-nés après 28 semaines de grossesse (décès fœtaux tardifs) pour 1 000 naissances totales.

### Nouveau-nés

Le *taux de mortalité néonatale* est le nombre de décès néonataux (décès pendant les 28 premiers jours de la vie) pour 1 000 naissances vivantes. Les *décès néonataux précoces* sont ceux qui surviennent pendant la première semaine de la vie.

Les *décès néonataux tardifs* sont les décès qui surviennent entre la seconde et la quatrième semaine, par exemple, du 7<sup>e</sup> au 28<sup>e</sup> jour.

Le *nouveau-né* se rapporte à un bébé nouveau-né et ne comporte pas de définition spécifique sur la période de temps, bien que l'on suppose en général que cela concerne le premier mois de la vie.

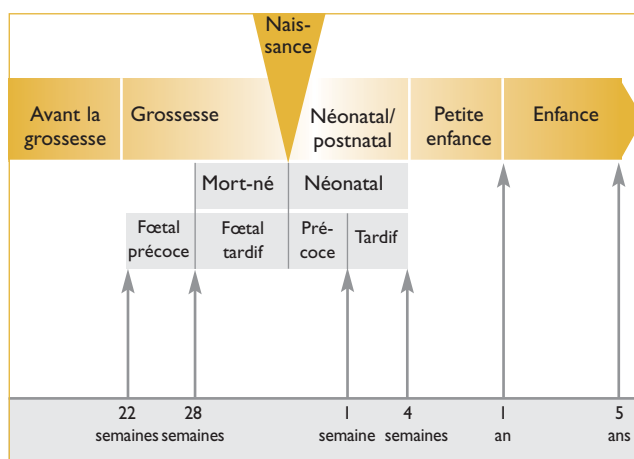
### Petits bébés

Un faible poids à la naissance concerne les bébés nés avec un poids inférieur à 2 500 grammes. Cela peut être dû à plusieurs facteurs :

- *Croissance insuffisante in utero* - les bébés qui sont nés après le nombre complet de semaines de grossesse (37 à 42 semaines de grossesse ou naissances à terme) mais qui sont plus petits que prévus (petits pour l'âge gestationnel). Cela peut être dû à un certain nombre de causes : notamment la petite taille de la mère, des causes obstétricales (par exemple, jumeaux ou grossesses multiples, hypertension gestationnelle), infections, mauvaise nutrition maternelle ou charge de travail très lourde pour la mère.
- *Prématuré ou né trop tôt* - bébés qui sont nés avant les 37 semaines normales de grossesse. Généralement, les bébés prématurés courent un risque bien plus élevé de mourir que les bébés nés à terme qui sont de taille normale, et un risque 3 à 10 fois supérieur que les bébés à terme qui ont un retard de croissance.
- *Certains bébés sont prématurés et ont également eu une croissance insuffisante in utero* - cela s'applique à de nombreux jumeaux ou autres naissances multiples. Le paludisme pendant la grossesse peut être la cause d'une naissance prématurée ou d'une insuffisance de croissance in utero ou des deux.

### Enfants

Le *taux de mortalité des moins de cinq ans* est le nombre annuel d'enfants qui meurent entre la naissance et l'âge de cinq ans, pour 1 000 naissances vivantes.



### Périodes de temps

La période *postnatale* est la période après la naissance et elle concerne tant la mère que le bébé. La période exacte n'est pas bien définie mais, dans le présent ouvrage, nous assumerons qu'il s'agit de six semaines après la naissance. La période du *post-partum* décrit le même temps mais concerne spécifiquement la mère. Le terme *périnatal* peut prêter à confusion puisqu'il se rapporte à diverses périodes de temps en fonction de la définition utilisée. *Périnatal* est également utilisé pour se rapporter à certaines, mais non pas à toutes les causes des décès néonataux dans la *Classification internationale des Maladies*, ne comprenant pas la septicémie, la pneumonie ou les anomalies congénitales. Aussi, la présente publication évitera-t-elle d'utiliser le mot *périnatal* et ne se rapportera-t-elle qu'à la période effective, à l'issue (mort-né ou décès néonatal) ou à la cause spécifique du décès.

Des définitions détaillées et des notes sur les définitions, sources de données et limitation se trouvent dans les notes de données à la page 226.

# Les nouveau-nés africains -

## Accordons-leur de l'importance

Joy Lawn, Pyande Mongi, Simon Cousens

**Plus d'un million de bébés africains meurent, d'après les estimations, pendant les quatre premières semaines de la vie** - la plupart d'entre eux meurent à domicile, sans qu'ils soient comptés, invisibles pour les politiques et programmes nationaux et régionaux. Nous ne pourrions intervenir et réduire ces décès que si nous disposons d'une information pertinente à ce sujet. Avancions-nous vers le quatrième objectif du Millénaire pour le développement concernant la survie de l'enfant ? Où, quand et pourquoi ces bébés meurent-ils ? Dans quelle mesure la santé du nouveau-né est-elle reliée à la santé de la mère et des enfants plus âgés ?

D'après les estimations mondiales, plus des deux tiers de ces nouveau-nés pourraient être sauvés grâce aux programmes existants de santé maternelle et infantile. Combien de bébés en Afrique pourrait-on sauver à l'aide d'interventions qui figurent déjà dans les politiques dans la plupart des pays africains et qui pourtant n'arrivent pas encore à atteindre le pauvre ? Comment améliorer l'information en santé et mieux l'utiliser pour compter les nouveau-nés et pour qu'ils comptent ?



## Décès de nouveau-nés en Afrique : Des nombres inconnus

Chaque année en Afrique, environ un quart de million de femmes meurent de causes liées à la grossesse et environ un million de bébés sont mort-nés dont au moins 300 000 meurent lors du travail. En plus, 1,6 million de bébés meurent pendant le premier mois de la vie - jusqu'à la moitié pendant le premier jour - et 3,3 millions d'enfants en plus meurent avant d'avoir 5 ans. Quatre millions de bébés d'un poids insuffisant et d'autres souffrant de complications néonatales vivront mais sans jamais atteindre leur plein potentiel et un nombre analogue de femmes africaines connaissent des complications non fatales de la grossesse.

Et pourtant, des générations entières d'africains ont jugé en quelque sorte normale cette longue litanie de pertes - pertes de vie ou perte de possibilités d'une vie meilleure, Nombreux sont ces décès - mort-nés ou bébés de quelques heures - qui surviennent à la maison et qui n'entreront pas dans les statistiques officielles car ils passent inaperçus. Nombreuses sont les sociétés où les bébés doivent avoir six semaines pour que l'on donne un prénom et il faudra attendre encore qu'ils grandissent un peu plus pour faire leur entrée dans la société. Autant de traditions qui nous rendent aveugles à cette tragédie acceptée comme une fatalité. Il faut se rendre à certaines évidences : la naissance n'est-elle pas entourée de graves risques aussi bien pour la mère que pour le bébé ?

Etrange contraste que celui de cette ignorance publique et acceptation apparente de tant de décès de bébés en Afrique et l'encre que fait couler un seul décès d'un nouveau-né et tout l'outrage public que cela suscite dans le monde industrialisé si l'on soupçonne un manque de soins. Et pourtant, si nous reculons d'un siècle, les taux de décès maternel et néonatal en Europe étaient analogues à ceux de l'Afrique d'aujourd'hui. En 1905, le taux de mortalité néonatale (TMN) en Angleterre était de 41 pour 1 000 naissances vivantes<sup>1</sup> - moyenne de l'Afrique subsaharienne de nos jours. En 1950, le TMN en Angleterre était réduit de moitié (à 20 pour 1 000) malgré deux guerres mondiales et dix ans de marasme économique. En 1980, le TMN avait à nouveau diminué de moitié, même avant que des soins intensifs ne deviennent disponibles pour les bébés.

Comment l'Afrique, avec tous les problèmes qui l'affligent, peut-elle arriver dans les dix années à venir, à réduire au moins de moitié les taux de mortalité maternelle, néonatale et des moins de cinq ans pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement ? On ne pourra faire des progrès qu'en améliorant les données existantes, puis on les utiliserait comme tremplin pour passer à l'action de santé. Ce n'est pas que l'information nous manque, elle existe bel et bien mais nous ne savons pas toujours l'utiliser à bon escient pour améliorer les programmes surtout au niveau local ou pour justifier un plus grand investissement. Les nombres de femmes et d'enfants qui meurent et les mesures qui pourraient (et qui devraient) être prises pour éviter ces décès ne doivent pas seulement être portées à l'attention du public technique et politique mais doivent parvenir jusqu'aux oreilles des familles et de la société civile. Les manchettes des quotidiens africains ne manquent pas de parler des victimes du SIDA et de demander des comptes au gouvernement, alors pourquoi le décès d'une mère ou d'un enfant est-il relégué au second rang et tombe-t-il dans l'oubli ? On n'en parle que rarement dans les journaux, - perte au quotidien qui n'est pas comptée.

Nous ne pourrions commencer à changer véritablement les choses que si nous donnons aux familles et communautés les moyens d'agir pour qu'elles puissent changer ce qui entre dans leur pouvoir de changer et réclament leur droit d'avoir accès à des soins de santé essentiels et de bonne qualité.

Mettons fin à cette souffrance : accordons de l'importance à chaque décès.

Le progrès permet de prendre en compte chaque naissance, en faisant que chaque mère et chaque enfant comptent et reçoivent les soins essentiels qui sont leur droit.

## Vers la réalisation du quatrième Objectif du Millénaire pour le Développement en Afrique - La survie du nouveau-né au centre même des efforts

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sont les cibles de santé et de développement les plus ratifiés dans l'histoire. Pratiquement chaque nation a convenu d'atteindre d'ici 2015 ces huit objectifs connexes traitant de la pauvreté, de la faim, de l'éducation et de la santé. Nombreux sont les rapports qui ont été publiés, nombreux sont les engagements pris - mais faisons-nous vraiment des progrès ? Sont-ils en nombre moindre les mères et les enfants qui meurent ? Le pauvre a-t-il vraiment un meilleur accès à l'enveloppe de soins de santé essentiels ?

Le quatrième OMD a pour objectif de réduire de deux tiers la mortalité des moins de cinq ans entre 1990 et 2015. En Afrique, le recul annuel moyen de la mortalité des moins de cinq ans était de 2 % par an de 1960 à 1990 et depuis 1990, les progrès ont été bien plus lents, se situant à 0,7 % par an<sup>2</sup> (Graphique I.1). Il est impératif que nous comprenions pourquoi la situation met si longtemps à s'améliorer légèrement si nous voulons aider les mères et les nouveau-nés en Afrique.

Si les terribles conséquences du VIH/SIDA et les facteurs macro-économiques ont souvent été invoqués pour expliquer le peu de progrès faits pour réduire la mortalité infantile en Afrique,<sup>2</sup> il se dresse pourtant une autre barrière freinant toute avance : le manque d'attention accordée aux décès néonataux (ceux des quatre premières semaines de la vie). Les programmes de survie de l'enfant s'attachent surtout aux grandes causes de décès après les quatre premières semaines de la vie - pneumonie, diarrhée, paludisme et maladies pouvant être évitées par la vaccination. Par ailleurs, ces dernières années, on a réalisé que les décès pendant les premières semaines de la vie (décès néonataux) représentaient une proportion croissante des décès des moins de cinq ans. Pratiquement 40 % des décès des moins de cinq ans dans le monde sont des décès néonataux.<sup>3</sup> Sur quatre enfants qui meurent en Afrique, un d'entre eux est un nouveau-né. Alors que les programmes de santé infantile arrivent de mieux en mieux à réduire les décès après le premier mois et la première année de la vie, une proportion croissante des décès des moins de cinq ans seront des décès néonataux. Il faut passer à l'action dès maintenant pour réduire les décès des nouveau-nés.<sup>4</sup>

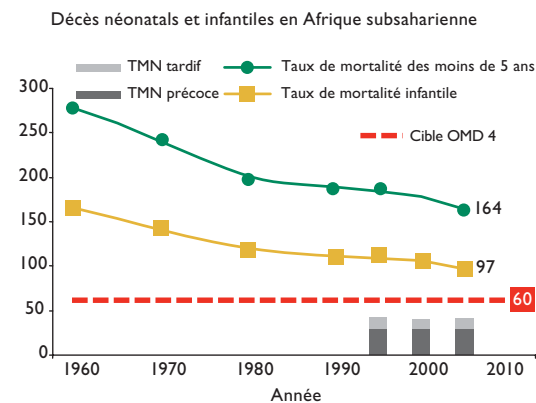
C'est en renforçant les soins du nouveau-né dans le cadre des programmes existants de santé infantile et maternelle (voir Section II et III) et en cherchant à atteindre davantage ceux délaissés jusqu'à présent (voir Section IV) qu'on arrivera à réduire le nombre de décès de nouveau-nés.

## OMD 4 : Nouvel espoir en Afrique ?

La faible diminution moyenne du taux de mortalité des moins de cinq ans (TMM5) en Afrique masque de nettes différences d'un pays à l'autre. Depuis les années 90, certains pays dont la plupart avec une prévalence élevée du VIH ont vu grimper le TMM5. Il s'agit de pays comme le Botswana, le Zimbabwe, le Swaziland, le Kenya et la Côte d'Ivoire. La plupart des pays africains et surtout les plus grands ont connu soit des TMM5 stagnants ou ont fait de faibles progrès. Et pourtant, n'oublions pas les pays qui n'ont cessé de progresser et qui ont effectivement réussi à faire reculer la mortalité chez les moins de cinq ans. L'Erythrée en est un bon exemple puisque ce pays est arrivé à une réduction annuelle moyenne de la mortalité des moins de cinq ans de l'ordre de 4 % depuis 1990. Et pourtant, le pays compte non seulement l'un des plus faibles revenus nationaux bruts (RNB) par habitant au monde mais il a également été dévasté par une guerre (Graphique I.2).

Si l'Afrique subsaharienne veut atteindre l'OMD 4, une réduction annuelle moyenne de la mortalité des moins de cinq ans d'au moins 8 % par an sera nécessaire dans les 10 ans à venir. Quatre pays à charge de mortalité élevée avec des TMM5 stagnants dans les années 90 - Tanzanie, Malawi, Ethiopie et Erythrée - notifiant des réductions de 25 % à 30 % dans le TMM5 ces dernières années, selon les données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) communiquées l'année dernière (Graphique I.3). Ces statistiques correspondent à des réductions annuelles de plus de cinq pour cent, montrant ainsi qu'il est effectivement possible de faire reculer de manière sensible la mortalité infantile.

### GRAPHIQUE I.1 Progrès vers la réalisation de l'OMD 4 pour sauver la vie des enfants en Afrique - une plus grande attention est nécessaire pour réduire les décès néonataux

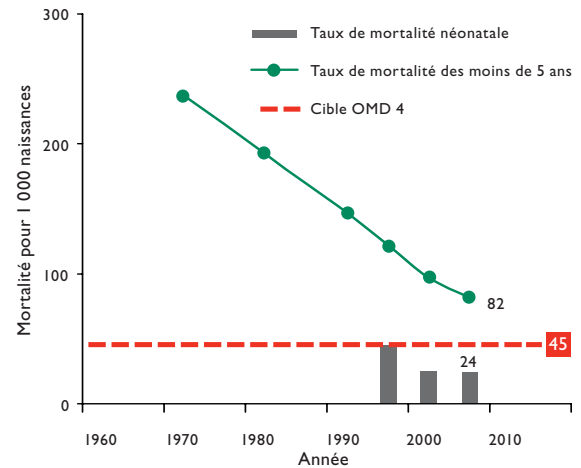


- La mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique semble diminuer après une décennie avec peu de progrès
- Par contre, peu de progrès ont été faits pour réduire les décès néonataux et 25 % des décès des moins de cinq ans en Afrique sont à présent des décès néonataux - 1,16 million par an
- Aucun progrès mesurable n'a été fait pour réduire les décès pendant la première semaine de la vie
- Pour réaliser l'OMD 4, il faut réduire les décès néonataux. Pour cela, il faut renforcer les services de santé maternelle et infantile et les intégrer à d'autres programmes

Les progrès en vue d'atteindre l'OMD 4 sont expliqués dans les profils de pays, dans chacun des 46 pays de l'Afrique subsaharienne (page 174). Voir les notes de données pour de plus amples informations. Le résultat pour 2005 comprend les résultats de l'EDS de 8 pays qui ne sont pas ajustés.

Interprétons pourtant avec prudence ces données : une certaine incertitude entoure les estimations du TMM5, surtout le TMN de l'EDS. Les données de surveillance prospective sur la grossesse indiquent que l'EDS tend à sous-estimer les décès néonataux précoces.<sup>5,6</sup> Ces données sont discutées plus en détails dans les notes sur les données (page 226).

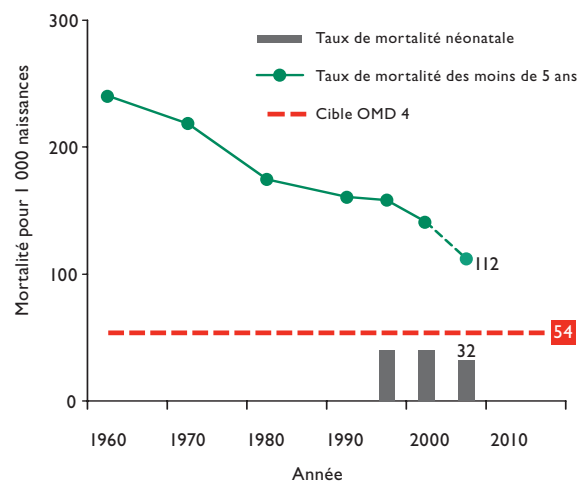
### GRAPHIQUE I.2 Progrès vers la réalisation de l'OMD 4 en Erythrée



L'Erythrée a fait des progrès notables dans la réduction des décès des moins de cinq ans. Malgré un revenu national brut par habitant de 180 \$ seulement, le taux de réduction est parmi les plus rapides dans les pays en développement. La Section IV se penche sur les raisons expliquant ces progrès en Erythrée et dans six autres pays africains, avec des TMN relativement faibles.

Voir profil de l'Erythrée (page 189)

### GRAPHIQUE I.3 Progrès vers la réalisation de l'OMD 4 en Tanzanie



La Tanzanie vient de notifier une réduction impressionnante de 32 % dans la mortalité des moins de cinq ans depuis la dernière EDS qui remonte à cinq ans. Si la réduction dans le TMN était plus faible (20 %), elle n'en reste pas moins importante et signifie que 11 000 bébés en moins mourront chaque année (voir profil de la Tanzanie, page 216). Cela correspond à une réduction annuelle de 6,4 % dans le TMM5. Si ces progrès sont maintenus dans les 10 ans à venir, la Tanzanie atteindra l'OMD 4.

Voir profil de la Tanzanie (page 216)

Voir les notes sur les données pour de plus amples informations sur les définitions et les limitations des données. Le résultat de 2005 pour la Tanzanie comprend les résultats de l'EDS pour le TMN et le TMM5 qui ne sont pas ajustés.

## OÙ en Afrique les bébés meurent-ils ?

L'Afrique compte 11 % de la population mondiale et pourtant plus de 25 % des décès néonataux du monde. Quinze (75 %) des 20 pays du monde avec le risque le plus élevé de décès néonataux se situent en Afrique.

### Pays aux risques les plus élevés

Le Libéria compte le risque le plus élevé de décès néonataux puisque 6,6 % des bébés meurent pendant le premier mois de la vie. Nombreux parmi les 10 pays africains qui comptent le risque le plus élevé de décès néonataux sont ceux déchirés par une guerre ou victimes d'autres catastrophes. Par ailleurs, la liste comprend également des pays comme le Mali et le Nigeria, stables du point de vue politique et avec un RNB relativement élevé si on compare à d'autres pays africains avec un TMN bien plus faible.

Paradoxalement, les pays avec un TMN plus élevé enregistrent un plus grand nombre de décès imputables à des causes qu'on pourrait prévenir aisément (voir *POURQUOI les bébés africains meurent-ils ?* page 15). Aussi, ce sont ces pays qui présentent les meilleures possibilités de sauver le plus grand nombre de vies- au coût le plus faible et dans les délais les plus rapides possibles.

### Pays aux risques les plus faibles

Certains pays africains ont des TMN comparables à ceux des pays industrialisés bien que les trois pays avec les TMN les plus faibles soient des nations-îles avec de petites populations et un RNB relativement élevé (1 770 \$US à 8 090 \$US). Le RNB par habitant de ces pays est plus élevé que la moyenne en Afrique bien que ce revenu reste encore inférieur à celui de certains pays africains avec des TMN élevés. La Section IV en discutera plus en détail. Même l'Afrique du Sud avec son RNB relativement élevé par habitant à un risque de décès néonatal deux fois plus élevé que celui des trois pays aux risques les plus faibles, en grande partie à cause de l'inégalité sociale dans ce pays. Certains des pays avec des TMN modérément faibles et des RNB très faibles ont réalisé des progrès remarquables bien que là aussi une certaine circonspection soit de rigueur en interprétant les données de l'EDS sur le TMN.

### Les pays avec le plus de décès de nouveau-nés

Le nombre de décès par pays est déterminé par le nombre de naissances et le risque de décès du nouveau-né. Les pays avec

des populations importantes compteront davantage de naissances et sont également susceptibles de voir grimper le nombre de décès néonataux. Plusieurs des grands pays figurent également sur la liste des dix pays avec le TMN le plus élevé- notamment le Nigeria, le Mali et l'Angola. Rien qu'au Nigeria, plus d'un quart d'un million de bébés meurent chaque année.

- Cinq pays représentent presque 600 000 décès, plus de la moitié du total des décès néonataux en Afrique
- Dix pays représentent plus de 790 000 décès, les deux tiers du total
- Quinze pays représentent plus de 910 000 décès, plus des trois quarts du total

La taille importante de leurs populations explique que ces pays comptent également des nombres élevés de décès maternels et décès infantiles post-néonataux.

### Au sein des pays, où les bébés meurent-ils ?

De tous les décès, plus de la moitié des bébés africains meurent à domicile. Dans certains pays comme l'Éthiopie, seuls 5 % meurent à l'hôpital. Dans le Nord du Ghana, 13 % seulement des décès néonataux surviennent à l'hôpital.<sup>7</sup> Les bébés dans les familles qui vivent dans des zones rurales sont exposés à un risque plus élevé de mourir que ceux qui sont nés dans des familles urbaines.<sup>3</sup> Si nous prenons l'EDS publiée ces cinq dernières années, le TMN dans 22 pays était en moyenne supérieur de 42 % parmi les familles rurales. Par ailleurs, la pauvreté urbaine devient un problème de plus en plus grave en Afrique mais seulement, les données de l'Afrique sur les issues néonatales pour le pauvre péri-urbain sont bien plus difficiles à trouver que les données de l'Asie où les TMN chez les pauvres des zones péri-urbaines sont bien documentés.

### Décès de nouveau-nés et pauvreté

La corrélation est étroite entre la mauvaise santé et les décès des nouveau-nés. En effet, les mères et les bébés des familles pauvres sont plus vulnérables aux maladies et ont bien plus de mal à avoir accès à temps à des soins de bonne qualité que les familles aisées. L'écart est bien trop prononcé sur le plan de la santé néonatale entre les pays riches et pauvres : TMN de 9 aux Seychelles (PNB de 8 090 \$US) à 66 au Liberia (PNB de 110 \$US).<sup>6</sup>

**TABLEAU I.1 Les 10 pays africains où les nouveau-nés courent le risque le plus élevé de mourir**

Classement (sur 46 pays)	Pays	Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)
46	Liberia	66
45	Côte d'Ivoire	65
44	Sierra Leone	56
43	Angola	54
42	Somalie	49
41	Guinée Bissau	48
40	République centrafricaine	48
39	Nigeria†	48
38	République démocratique du Congo	47
37	Mali†*	46

**TABLEAU I.2 Les 11 pays africains où les nouveau-nés courent le risque le plus faible de mourir**

Classement (sur 46 pays)	Pays	Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)
1	Seychelles	9
2	Cap-Vert	10
3	Ile Maurice	12
4	Afrique du Sud	21
5	Erythrée†	24
6	Namibie	25
7	Cameroun†	29
8	Comores	29
9	Uganda†	29
10	Malawi†, Gabon, Burkina†	31

Voir notes de données à la page 216 pour les sources et limitations de données  
 † Résultat de l'EDS non ajusté  
 Ce tableau a été mis à jour d'après la version anglaise afin de prendre en compte les données les plus récentes.



**TABLEAU I.3 Pays africains avec le plus de décès néonataux qui ont également un grand nombre de décès maternels**

Pays	Classement pour le nombre de décès néonataux	Nombre de décès néonataux	Classement pour le nombre de décès maternels	Nombre de décès maternels
Nigeria*	1	255 500	1	42 600
RDC*	2	130 900	2	27 600
Ethiopie	3	119 500	3	26 000
Tanzanie	4	44 900	8	8 100
Kenya	5	43 600	4	13 200
Ci*	6	42 800	16	4 600
Ouganda	7	41 000	6	6 100
Angola*	8	40 100	5	12 700
Gh	9	29 200	24	3 700
Moz	10	28 500	10	7 700
Mali*	11	27 600	9	3 500
Niger	12	24 200	7	4 800
Afr Sud	13	23 000	27	2 500
Madagascar	14	22 500	21	3 900
Burkina	15	18 600	6	6 000
<b>Total pour 15 pays</b>		<b>891 900</b>		<b>173 000</b>

\* Egalement dans les 10 pays africains avec le TMN le plus élevé  
 Source : Voir notes de données à la page 226 pour les sources et limitations de données. Comprend certains résultats de l'EDS pour le TMN et le TMM qui ne sont pas ajustés  
 Ce tableau a été mis à jour d'après la version anglaise afin de prendre en compte les données les plus récentes.

Tout aussi inacceptable est l'écart entre riches et pauvres au sein d'une même nation. Une nouvelle analyse de 13 ensembles de données de l'EDS en Afrique avec un indice relatif du statut économique indique que les familles dans le quintile le plus pauvre connaissent en moyenne une mortalité néonatale de 68 % plus élevée que le quintile le plus riche. Si nous prenons les pays avec les données les plus récentes, c'est au Nigeria que nous constatons le fossé le plus grand : un TMN de 23 pour le quintile le plus riche et de 59 pour le quintile le plus pauvre, soit un écart de 156 %. Si le territoire de ce pays enregistrerait un TMN de 23 pour 1 000 naissances vivantes, 133 000 bébés en moins mourraient par an. Il est absolument nécessaire de se donner une politique de soutien plus systématique pour que le pauvre ait lui aussi droit à des services de santé. Le Gouvernement doit être tenu pour responsable de la réduction et suppression des inégalités sur le plan soins de santé.

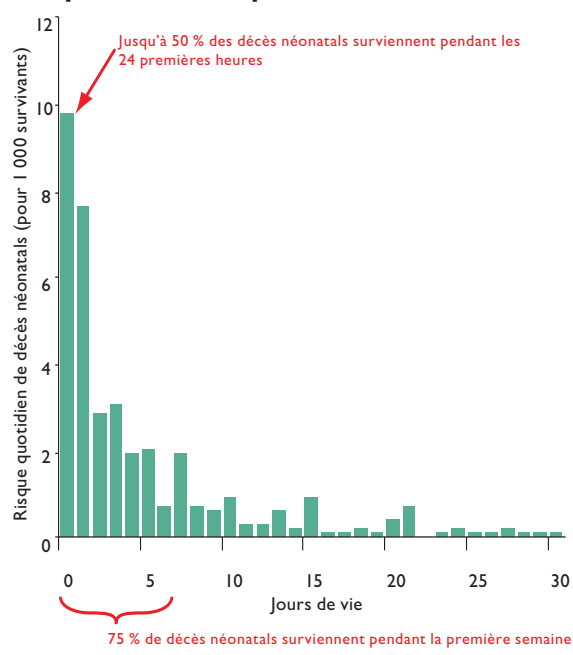
### QUAND les nouveau-nés africains meurent-ils ?

La naissance d'un bébé est un moment de joie et de célébration. Et pourtant, c'est le jour de la naissance qui est le jour du plus grand risque de décès sur toute une vie humaine (voir Graphique I.4). Le risque que court un bébé en Afrique de mourir le premier jour de sa vie est proche de 10 pour 1 000 naissances vivantes, soit 1 %. Chaque année, environ 300 000 bébés africains meurent le jour de leur naissance, suite essentiellement au manque de soins maternels et néonataux adéquats. Ces chiffres sous-estiment probablement le véritable nombre de bébés qui meurent pendant les 24 premières heures. D'après les analyses de sensibilité, entre 290 000 et 470 000 bébés en Afrique meurent le premier jour de leur vie.

La naissance et le premier jour de la vie sont entourés du plus grand risque aussi bien pour la mère que pour le bébé :

- Mères : environ 50 % des décès maternels surviennent le lendemain de l'accouchement<sup>8</sup>
- Mortinatalité : environ 30 % des mortinaissances en Afrique surviennent pendant le travail<sup>6-9 ; 10</sup>
- Nouveau-nés : entre 30 % et 50 % des décès des nouveau-nés surviennent le premier jour de la vie.<sup>3</sup>

**GRAPHIQUE I.4 Le premier jour et la première semaine de la vie comportent le plus de risque de mourir pour les bébés africains**



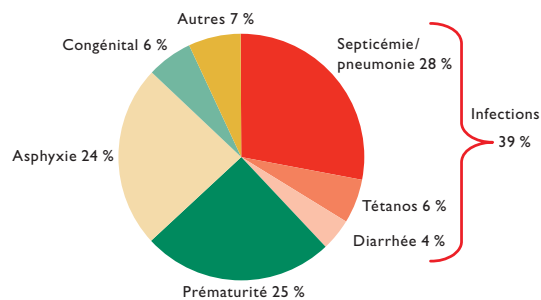
Source : Nouvelle analyse du risque quotidien de décès en Afrique pendant le premier mois de la vie en fonction de l'analyse de 19 ensembles de données de l'EDS (2000 à 2004) avec 5 476 décès néonataux.

Et pourtant le long de la continuité des soins c'est à la naissance et lors des premiers jours de la vie que la couverture des interventions est justement la plus faible. La Section II de cette publication se penche sur la continuité des soins et présente la moyenne régionale de l'enveloppe le long de cette continuité. Dans pratiquement tous les profils des 46 pays, on note cette baisse de la couverture.

### POURQUOI les bébés africains meurent-ils ?

*Quelles sont les causes directes des décès des nouveau-nés ?*  
 Quelles sont les causes de la mort de tant de bébés africains chaque année ? La plupart des décès des nouveau-nés en Afrique et en Asie sont dus à des causes rarement constatées dans des pays

**GRAPHIQUE I.5 1,16 million de décès néonataux en Afrique - Pourquoi ?**



Presque tous les décès néonataux sont dus à des affections évitables. Les infections sont la principale cause de décès et celle qui peut être prévenue/traitée le plus facilement

Source : En fonction des registres d'Etat civil pour un pays et d'une modélisation à jour pour 45 pays africains en utilisant la cohorte de naissances, des décès et autres variables prédictives de 2004. Pour de plus amples détails, voir notes de données à la page 226 et pour plus de détails sur le modèle d'estimation, voir références<sup>11,13</sup>

industrialisés et si tant est qu'elles le soient, elles provoqueraient rarement le décès. Le Graphique I.5 indique les trois grandes causes des décès des nouveau-nés : infections, asphyxie à la naissance et complications imputables à la naissance prématurée. Prise ensemble, ces causes représentent 88 % des décès des nouveau-nés en Afrique. Le diagramme à secteurs se fonde sur des méthodes mises au point par le Groupe néonatal<sup>11</sup> du Child Health Epidemiology Reference Group pour 192 pays<sup>12</sup> et utilisées dans le Rapport *sur la Santé dans le Monde 2005*.<sup>13</sup> Ces estimations ont été mises à jour pour le présent rapport en fonction des données les plus récentes. De plus amples détails sont donnés dans les notes à la page 226. Certes, ces estimations connaissent leurs limitations et pourtant, l'utilisation de données provenant des formations sanitaires qui ne couvrent pas tous les décès risque encore davantage d'induire en erreur. En effet, les données des hôpitaux indiqueront généralement un pourcentage très élevé de décès imputables à l'asphyxie puisque on consultera l'hôpital pour les accouchements avec complications. Par ailleurs, même dans les pays où le tétanos est un problème relativement grave, peu de bébés - voire aucun - atteints de tétanos seront traités à l'hôpital et un grand nombre de bébés avec une septicémie néonatale ne seront pas amenés pour être soignés. Les profils de pays présentent des estimations spécifiques au pays sur la cause des décès néonataux.

**Des bébés avec un petit poids à la naissance - risque élevé de décès**

En Afrique subsaharienne, 14 % des bébés naissent avec une insuffisance pondérale à la naissance (IPN), soit un poids à la naissance de moins de 2 500 grammes. Deux raisons viennent expliquer pourquoi ces bébés sont petits, les causes et les risques étant très différents.

- **Croissance insuffisante in utero** - Les bébés naissent après le nombre complet de semaines de grossesse (naissance à terme) mais ils sont plus petits que la normale (petit pour l'âge gestationnel). Un certain nombre de causes en sont responsables : petite taille maternelle, causes obstétricales (jumeaux ou naissances multiples, hypertension gravidique), infections (notamment paludisme, VIH et IST), ou mauvaise nutrition de la mère ou épuisement de cette dernière suite à une trop lourde charge de travail. Il est rare que les bébés qui naissent à terme meurent directement de leur petite taille - probablement moins d'un pour cent des décès néonataux.<sup>11</sup> Par contre, ces

bébés sont exposés à un risque accru d'infections, d'insuffisance du taux de glucose du sang (hypoglycémie) et de faible température du corps (hypothermie). Ils courent deux fois plus de risque de mourir que des bébés de taille normale. La plupart d'entre eux vont toutefois survivre bien qu'ils restent exposés à des problèmes de croissance et de développement par la suite.

- **Bébés prématurés ou nés trop tôt** - Bébés nés avant les 37 semaines normales de grossesse. Outre les 24 % de décès néonataux en Afrique qui sont directement imputables à des complications de la prématurité (problèmes respiratoires, hémorragie intracrânienne, jaunisse) (Graphique I.5), un grand nombre de décès dus à d'autres causes surviennent également chez le bébé prématuré. Les bébés prématurés ont un risque de mourir 13 fois plus élevé que les bébés nés à terme.<sup>14</sup>
- **Certains bébés souffrent des deux : prématurité et retard de croissance in utero** - nombreux jumeaux ou triplets connaissent ces deux problèmes. Le paludisme chez la femme enceinte peut augmenter le risque de naissance prématurée, retard de croissance ou les deux. Les bébés prématurés et avec un retard de croissance courent encore un risque plus élevé de mourir.<sup>14</sup>

Si l'on en juge d'après le peu de données disponibles, la plupart des bébés souffrant d'une insuffisance pondérale à la naissance en Afrique sont des bébés prématurés.<sup>11</sup> La situation est nettement différente en Asie du Sud où le taux de l'IPN est pratiquement le double de celui de l'Afrique mais où la majorité des bébés avec IPN sont des bébés nés à terme qui sont petits pour l'âge gestationnel. En Afrique, les bébés courent un risque élevé de naître prématurément. D'après les estimations régionales, ce risque est de l'ordre de 12 %, c'est-à-dire pratiquement le double du taux de naissance prématuré dans des pays européens. Cette situation est probablement due aux infections, surtout les infections sexuellement transmissibles (IST), le paludisme et le VIH/SIDA. De fait les derniers faits, la co-infection VIH/paludisme pendant la grossesse est un double problème car les infections agissent de manière synergique avec de graves conséquences pour la santé maternelle et néonatale, surtout le taux d'IPN.<sup>15</sup>

La plupart des bébés qui meurent sont des bébés de poids insuffisants -entre 60 % et 90 % des décès néonataux dans le monde.<sup>3</sup> Aussi existe-t-il de bonnes possibilités de faire reculer la mortalité néonatale si une attention plus grande est accordée à la prévention de l'IPN, surtout les naissances prématurées et si l'on apporte à ces bébés des soins et une alimentation supplémentaires, en veillant à les garder au chaud. La plupart des bébés prématurés naissent entre 33 et 37 semaines de grossesse. Ils ont de bonnes chances de survivre si l'attention nécessaire est donnée à leur alimentation, chaleur et si un traitement rapide est administré en cas de problèmes respiratoires, d'infections et de jaunisse. Autant de soins qui sont possibles dans les contextes aux ressources modiques sans qu'il faille une technologie de pointe. Les bébés à moins de 33 semaines de gestation ou pesant environ 1 500 grammes auront probablement besoin de soins plus avancés, surtout pour les problèmes respiratoires et l'alimentation. Ces bébés devraient être gardés sous observation dans un hôpital de référence si c'est possible. Plusieurs chapitres de la Section III traitent de cette question.

**Est-ce que ce sont les bébés de sexe féminin ou ceux de sexe masculin qui courent le plus grand risque de mourir ?**

Si on neutralise les autres facteurs, on constate que les fillettes ont un taux de mortalité plus faible que les garçons.<sup>16</sup> Dans les sociétés où les enfants des deux sexes bénéficient de la même

qualité des soins, le ratio de la mortalité néonatale entre garçons et filles est généralement au moins de 1,2 ou plus élevé.<sup>16</sup> L'analyse des données de l'EDS pour les pays africains nous montre que les fillettes ne semblent pas perdre cet avantage naturel de survie bien que les EDS risquent de ne pas être suffisamment sensibles pour dépister cette différence. Par contre, d'après un certain nombre d'études en Asie du Sud, on emmènerait moins les filles consulter les services de santé, des cas d'infanticide étant même notés. Une étude récente à base de population faite au Ghana signale un grand nombre d'infanticide, représentant 4,9 % des 1 118 décès néonataux entre 1995 et 2002. Par contre, dans ce cas, les auteurs n'indiquent pas le sexe de ces bébés.<sup>18</sup>

### **Les mères et les enfants sont tout particulièrement vulnérables lors de l'accouchement**

Si les filles et les femmes ne sont pas en bonne santé et connaissent des complications pendant la grossesse et lors de l'accouchement, elles souffrent et leurs bébés souffrent également.

Les complications *lors de l'accouchement* comportent le plus de risque de mortinaissance ou périnatalité (rapport de cote de 10,3). Le travail dystocique s'accompagne d'un risque très élevé de décès de l'intra-partum ou de décès néonatal - rapport de cote ajusté de 6,7 à 84.<sup>3</sup> En d'autres mots, une femme traversant un travail dystocique courent 7 à 84 fois plus de risque de voir mourir son bébé qu'une femme avec un accouchement eutocique. Les complications de l'intra-partum exposent également une femme à un risque accru de décès ou de complications comme les fistules obstétricales. (Voir Section III, chapitre 3)

Les complications lors de *la période prénatale* entraînent un risque accru médian de 4,5 de mortinatalité ou mortalité néonatale - l'éclampsie comportant le risque le plus élevé. (voir Section III, chapitre 2)

*Pour les facteurs avant la grossesse, le risque est moins élevé* (médiane de 1,5).<sup>3</sup> Par contre, des conditions comme la grossesse de l'adolescente (jeune âge maternel) sont très courantes et touchent de nombreuses femmes. Aussi, est-il important de les aborder sous l'angle de la santé publique même si ces conditions comportent une faible valeur prédictive positive pour le dépistage du risque. (Voir Section III, chapitre 1)

De plus, le décès de la mère expose le bébé à un risque accru de mourir lui aussi. Une étude en Gambie constate que pour 9 mères décédées lors de l'accouchement, tous les bébés sont morts avant l'âge d'un an - la plupart pendant les premiers jours et les premières semaines de la vie.<sup>19</sup>

## **QUELLES sont les solutions aux causes les plus courantes du décès néonatal ?**

### **Taux élevés de décès néonatal mais aussi potentiel élevé de rapides progrès pour sauver les vies**

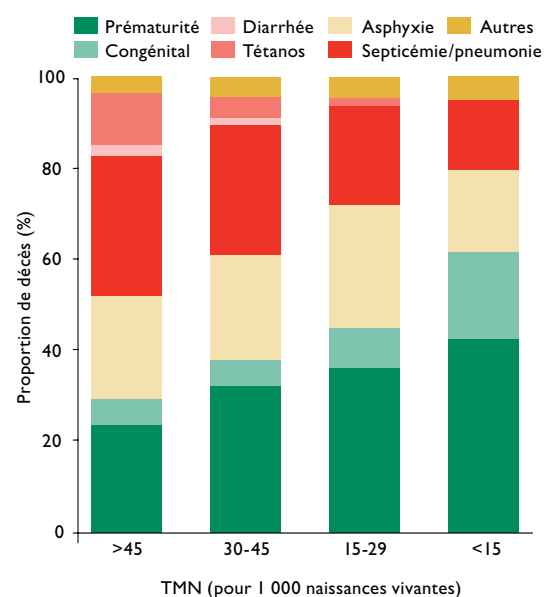
Dans tous les contextes connaissant une mortalité élevée, on constate que les trois grandes causes de mortalité néonatale sont les mêmes. En revanche, les proportions relatives de ces trois causes varient d'un pays à l'autre et même au sein d'un pays (Graphique I.6). Dans les contextes avec un TMN très élevé (supérieur à 45 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes), environ la moitié des décès néonataux sont imputables aux infections, y compris le tétanos. Ce sont ces décès qui sont aussi les plus faciles à prévenir. Aussi, plus le TMM5 est-il élevé, plus comptera-t-on de décès qu'on pourra éviter facilement. En effet, dans des contextes où la mortalité est élevée, on arrive à faire

reculer rapidement le TMN en prenant des mesures de santé publique, par exemple la vaccination antitétanique pour les femmes enceintes, les bonnes mesures d'hygiène et de prévention des infections lors de l'accouchement, de bons soins du cordon et l'allaitement exclusif pratiqué après la naissance. Le traitement par antibiotiques des infections du nouveau-né permet de sauver plus de vies encore. A ce propos, la Section IV nous donne des idées pour classer par ordre prioritaire les investissements de santé néonatale selon le contexte en fonction des niveaux de TMN. (Voir Section IV, Tableau IV.1 à la page 162.)

### **Septicémie /pneumonie néonatales - 325 000 décès par an en Afrique subsaharienne**

L'infection néonatale, notamment la septicémie (infection du sang), la pneumonie et la méningite (inflammation des membranes du cerveau) est la principale cause de la mortalité néonatale. Ces décès pourraient être évités dans le cadre des programmes existants (Tableau I.4). La prévention entre dans le cadre des programmes de santé maternelle tels que les soins prénatals (SPN), les soins et l'hygiène lors de l'accouchement, les soins postnatals et l'allaitement maternel immédiat et exclusif. Le traitement pourra être dispensé dans le cadre des programmes existants de santé infantile, notamment la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et les orientations et transferts vers l'hôpital. C'est grâce à la PCIME étendue à grande échelle en Afrique qu'on a pu réduire le nombre de décès causés par les infections lors de la période néonatale tardive.<sup>18</sup> L'adjonction de nouveaux algorithmes sur les soins du bébé pendant la première semaine de la vie à la PCIME représente une autre bonne possibilité de réduire le TMN et le TMM5 (voir Section III chapitre 5).

**GRAPHIQUE I.6 Lorsque les taux de mortalité néonatale sont les plus élevés, il existe un plus grand nombre de décès imputables aux infections et au tétanos et qui sont les plus faciles à prévenir**



Source : Référence<sup>3</sup>. Basé sur des données et estimations de mortalité par cause, pour 192 pays.

**Tétanos** - Si le tétanos n'est responsable que de 6 % des décès de nouveau-nés en Afrique, il n'en reste pas moins inacceptable en ce 21<sup>e</sup> siècle que le tétanos néonatal tue encore 70 000 bébés en Afrique. Dans le monde industrialisé, le tétanos avait cessé d'être une maladie aussi meurtrière chez les nouveau-nés même avant la mise au point du vaccin antitétanique. Ce sont des pratiques qui manquent d'hygiène, par exemple apposer des substances nuisibles sur le cordon, qui sont la cause de ces décès. Notons pourtant que la mortalité imputable au tétanos recule depuis cinq ans. Un certain nombre de pays africains ont été certifiés comme exempts de tétanos - le plus récent étant le Togo en janvier 2006.<sup>20</sup> L'Afrique compte pourtant encore de nombreux pays sur la liste de ceux avec une charge de mortalité élevée imputable à cette maladie. (Voir Section III chapitre 9)

**Asphyxie à la naissance** - 280 000 décès par an en Afrique subsaharienne  
Les bébés qui naissent en Afrique subsaharienne courent un risque très élevé de mourir d'asphyxie lors de l'accouchement ou risquent de naître mort-né.<sup>21</sup> C'est en agissant au niveau de la prévention que se situe la meilleure intervention : soins qualifiés lors de l'accouchement et soins obstétricaux d'urgence. Si le travail dystocique ou l'hémorragie ont causé de graves lésions lors de l'intra-partum, le bébé risque d'être mort-né ou sera exposé à un risque élevé (de l'ordre de 30 % à 50 %) de mourir le premier jour de la vie.<sup>21</sup> La seule étude publiée en Afrique d'un suivi à long terme de bébés souffrant de graves asphyxies est une étude de cohorte en milieu hospitalier en Afrique du Sud et on ne dispose donc pas de données sur les conséquences à plus long terme.<sup>22</sup> C'est la prévention primaire faisant appel aux soins obstétricaux d'urgence qui représente la solution la plus efficace par rapport aux coûts.<sup>23 ; 24</sup>

**Complications de la prématurité** - 290 000 décès par an en Afrique subsaharienne

Les bébés prématurés représentent au moins la moitié des décès de nouveau-nés en Afrique. Certes, la cause directe du décès est uniquement rangée sous prématurité si c'est un bébé très prématuré qui est mort ou si un bébé meurt des complications spécifiques à la prématurité. En effet, si un bébé modérément prématuré contracte une infection et meurt, le décès est imputé justement d'ailleurs à l'infection et, par conséquent, un grand nombre de bébés chez lesquels l'infection est indiquée comme cause de décès sont également des bébés prématurés. Certes, les bébés très prématurés demandent des soins intensifs pour survivre mais par contre la plupart des bébés prématurés qui meurent ne sont pas nés à un stade trop prématuré et on pourrait sauver la majorité d'entre eux en faisant particulièrement attention lorsqu'on leur prodigue les mêmes soins que réclament tous les bébés : chaleur, nourriture, hygiène et dépistage rapide des maladies (Tableau I.4). La Méthode Mère Kangourou (MMK) consiste à prendre soin de bébés très prématurés de toute petite taille en les mettant au contact peau à peau sur le ventre de la mère. Simples, ces soins n'en sont pas moins efficaces et en plus, on peut en confier la responsabilité à la mère. Tout établissement de santé dispensant des soins néonataux pourra les apprendre à une mère. Une autre approche prometteuse serait de donner plus de soins aux petits bébés rentrés à la maison en conseillant le contact peau-à-peau ou en apportant un soutien à la mère pour faciliter l'allaitement maternel mais son potentiel n'a pas été étudié systématiquement en Afrique. La prévention de certaines causes de la prématurité s'avère également une approche efficace. S'agissant notamment des mesures de prévention du paludisme pendant la grossesse ainsi que du dépistage et du traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) puisqu'on connaît les graves conséquences du VIH/SIDA et du paludisme sur la grossesse et le risque de prématurité. (Voir Section III chapitres 2,7,8)

## Combien de bébés mourant d'infections, d'asphyxie à la naissance et de prématurité pourraient être sauvés ?

La plupart des décès de nouveau-nés en Afrique sont dus à des causes qui ont des solutions et combien pourraient donc être sauvés si on applique effectivement ces solutions à chaque mère et à chaque bébé ? Quel est l'investissement nécessaire pour arriver à cette réduction dans la mortalité ? Le Tableau I.5 présente des estimations du coût et du nombre de vies qui pourraient être épargnées en les classant dans les trois grandes causes de décès.

Chaque année, jusqu'à 1,16 millions de bébés africains meurent alors que 800 000 de ces décès pourraient être évités si des interventions qui figurent déjà dans les politiques dont se sont dotés la plupart des pays africains devenaient véritablement disponibles et étaient utilisées par 90 % des mères et des bébés.

Le coût est abordable puisqu'il faudrait, selon les estimations, 1,39 \$US en plus par habitant pour apporter à 90 % des mères et des bébés en Afrique les enveloppes essentielles de SMNI expliquées en détail dans le présent ouvrage. Les ressources et méthodes de cette analyse mise à jour pour 46 pays africains sont expliquées dans les notes de données à la page 226.

**TABLEAU I.4 Solutions et vies sauvées en fonction**

Cause de mortalité néonatale	Décès en Afrique	Moment typique du décès
Septicémie et pneumonie néonatales	325 000	Risque de septicémie le plus élevé pendant la première semaine. L'incidence de la pneumonie diminue progressivement vers la fin du premier mois.
Tétanos néonatal	70 000	A son maximum pendant les 4 à 9 premiers jours de la vie
Diarrhée	46 000	Risque accru à partir de la fin du premier mois de la vie
Asphyxie à la naissance	280 000	Premier jour de la vie
Complications de la naissance prématurée	290 000	Première semaine de la vie pour un grand nombre de complications directes de la naissance prématurée (en l'absence de soins intensifs) mais risque accru et continu, surtout de septicémie et de pneumonie
Anomalies congénitales	70 000	Première semaine pour les anomalies graves
Autres causes (par exemple, jaunisse)		Première semaine de la vie
Total	1 160 000	

**TABLEAU I.5 Estimations des décès néonataux, par grande cause de décès, qui auraient pu être prévenus si les enveloppes essentielles de SMNI étaient dispensées à 90 % des femmes et des nouveau-nés**

		CAUSES DE DECES			Tous les décès néonataux en Afrique
		Toutes les infections (septicémie, pneumonie, tétanos, diarrhée)	Complications de la naissance prématurée	Asphyxie à la naissance	
VIES SAUVEES	Supérieur Inférieur	195 000 - 330 000	110 000 - 205 000	110 000 - 200 000	430 000 - 800 000
	Fourchette (réduction en pourcentage par rapport aux décès actuels)	49 - 84 %	37 - 71 %	39 - 71 %	37 - 67 %

Source : Nouvelle analyse pour 46 pays de l'Afrique en utilisant les données pour 2004 et en appliquant les méthodes publiées.<sup>24,26</sup> Voir notes de données pour de plus amples détails, page 226.  
Notons que le total de vies sauvées comprend toutes les causes de décès et, par conséquent, le total est supérieur à la somme des vies sauvées pour les trois causes principales.

## Un pas plus loin que la survie -vers la santé de la prochaine génération

Le grand nombre de décès du nouveau-né et l'engagement pris face aux OMD ont mis en exergue la survie et pourtant la mortalité néonatale n'est que la partie visible de l'iceberg (Graphique I.7). Peu d'attention et peu d'information entourent la charge de morbidité néonatale ou l'incapacité à long terme

due aux complications qui se présentent lors de l'accouchement et pendant la période néonatale, surtout dans les pays en développement. D'autres occasions sont ratées d'adopter ou d'améliorer des comportements sains, surtout pendant cette période cruciale qui entoure l'accouchement. Bien des problèmes de santé et de développement marquent pour toujours le bien-être de l'individu et de la communauté et freinent la productivité nationale :

### des causes les plus courantes de décès néonataux

Solutions de prévention	Solutions de traitement	Vies qui pourraient être sauvées à la couverture de 90 %	Faisabilité
Traiter les infections chez la mère. Mesures d'hygiène lors de l'accouchement et soins hygiéniques du bébé, surtout soin du cordon.	Traitement par antibiotiques. Traitement de soutien.	49 %-88 %	Très faisable dans le cadre des consultations prénatales (CPN), soins qualifiés, soins postnatals, prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et soins hospitaliers des bébés et des enfants.
Vaccination antitétanique des femmes enceintes. Mesures d'hygiène à l'accouchement et hygiène du cordon.	Antibiotiques Globuline antitétanique Traitement de soutien (risque très élevé de décès)	73 %-88 %	Très faisable dans les CPN et stratégies avancées
Allaitement maternel Hygiène	Traitement de réhydratation par voie orale, traitement de soutien, y compris liquides par IV, si nécessaire		Très faisables dans le cadre de la PCIME et promotion communautaire, y compris PCIME communautaire
Soins prénatals, surtout pour dépister/gérer l'hypertension gestationnelle et la prééclampsie ; soins qualifiés, surtout utilisation du partogramme Soins obstétricaux d'urgence pour les complications, surtout prise en charge du travail dystocique et de l'hémorragie	Réanimation à la naissance Traitement de soutien (En cas de graves lésions, court 30 % de risque de mourir et un risque élevé d'infirmité)	39 %-71 %	Faisable grâce à l'expansion des soins qualifiés et des soins obstétricaux d'urgence (SOU)
Soins prénatals, y compris traitement des infections et suppléments en fer/ acide folique Prévention du paludisme pendant la grossesse (TPI, MII) Injection de stéroïdes pour la mère lors du travail prématuré	Réanimation à la naissance Meilleures pratiques d'alimentation Soins de la Mère Kangourou Dépistage précoce et traitement rapide des complications, surtout des infections	37 %-71 %	Faisable dans le cas des CPN, surtout en utilisant le traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pendant la grossesse et les moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII). Traitement faisable dans les établissements existants, surtout soutien pour l'alimentation, Soins de la Mère Kangourou et meilleures couverture et qualité des CPN.
Acide folique préconceptionnel pour prévenir les anomalies du tube médullaire (spina bifida)	Traitement de soutien (selon le type d'anomalie, peut avoir un faible taux de survie et des complications à long terme)	1 %-9 %	Les soins curatifs pour les anomalies congénitales sont souvent complexes avec possibilité d'intervention chirurgicale. L'acide folique préconceptionnel n'est pas toujours possible du point de vue coût dans les contextes à mortalité élevée/ faibles ressources, à moins d'utilisation d'autres filières de distribution (supplémentation alimentaire).
	Photothérapie pour les bébés avec jaunisse Traitement de soutien		Possible dans les établissements sanitaires existants
		37 %-67 %	

Le nombre de décès liés à chaque cause se fonde sur des estimations à jour, par pays, en utilisant les méthodes publiées et mises à jour pour la présente publication pour 46 pays africains.<sup>25</sup>  
Les vies sauvées proviennent d'une nouvelle analyse utilisant le modèle de la série de survie néonatale de *The Lancet*<sup>24</sup> avec enveloppe essentielle de SMNI à une couverture de 90 %.  
Voir notes de données à la page 226 pour de plus amples détails.

- Graves maladies chez les bébés qui récupèrent ou qui souffriront de conséquences permanentes de la maladie
- Infirmité provenant des complications de l'accouchement ou de la période néonatale. Ceux qui survivent une encéphalopathie ou lésions cérébrales suite à une asphyxie à la naissance souffriront de graves handicaps ressemblant aux conséquences d'une attaque cérébrale. Une étude de suivi de bébés qui ont survécu au tétanos néonatal montre que l'infirmité est répandue chez ces enfants.<sup>27</sup> De plus, une analyse récente des données d'un certain nombre de pays met en relief la corrélation entre l'IPN et les maladies chroniques à l'âge adulte.<sup>28</sup>
- Des comportements peu sains peuvent être modifiés lors de contacts avec le système de santé à ce moment crucial, surtout l'absence de l'allaitement immédiat et exclusif.<sup>29</sup> D'autres occasions sont ratées pour améliorer les pratiques et la quête de soins, par exemple la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH et la promotion des vaccinations.

Une mauvaise santé in utéro comporte probablement de nombreux effets pour la santé, au moment de l'accouchement et au début de la vie<sup>28</sup>, qu'on ne connaît guère ou qui ne sont pas comptés dans une analyse du coût-avantage. Nul doute pourtant que des interventions lors de cette période importante

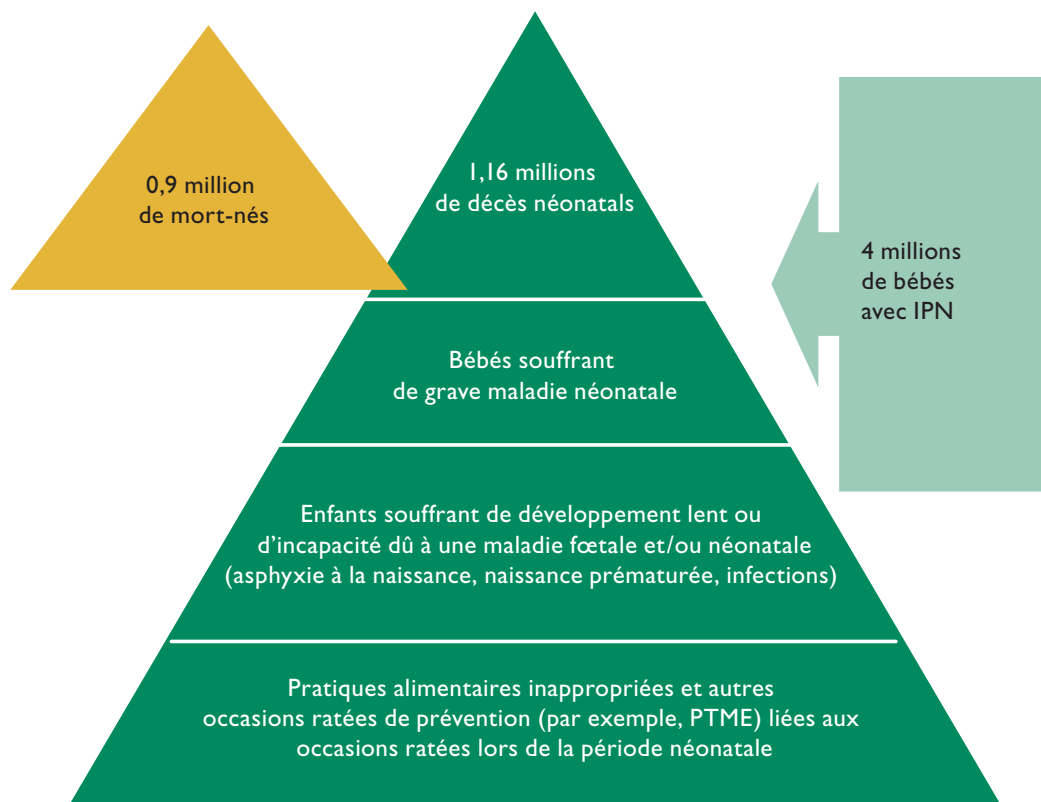
influencent sous bien des angles la santé de la mère et du bébé et renferment un immense potentiel individuel et sociétal aux effets durables.

### Le nouveau-né renferme la promesse de l'avenir de l'Afrique

Les dix ans qui viennent sont l'occasion pour l'Afrique de faire un pas en avant après une décennie où les progrès ont piétiné sur le terrain de la santé maternelle et infantile. La santé néonatale est un maillon important dans la chaîne de la continuité des soins de SMNI. Il serait possible de sauver la vie de 800 000 nouveau-nés chaque année à un coût s'élevant uniquement à 1,39 \$US par habitant.

Cette dernière année, l'Afrique a été mise en vedette avec *Live 8*, la *Campagne Make Poverty History*, par le Groupe des 8 (G8) et les visites de stars du cinéma et du journalisme. Mais toute cette attention médiatique se traduira-t-elle par une action durable ? Ce n'est que si le bébé compte véritablement aux yeux des gouvernements et des populations de l'Afrique qu'on assistera à un changement durable et un recul de la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants de l'Afrique.

**GRAPHIQUE I.7 Santé néonatale en Afrique : la charge invisible de maladie, d'incapacité et potentiel économique raté**



# Pour que chaque nouveau-né compte - Des faits pour passer à l'action

## Meilleure utilisation de l'information existante pour passer à l'action

- Ajouter le taux de mortalité néonatale (TMN) au quatrième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) aux niveaux mondial et national. Le taux de mortalité des moins de cinq ans (TMM5) et le taux de mortalité infantile (TMI) tendent à évoluer en parallèle et ont des causes analogues, bien que le taux de mortalité néonatale (TMN) diffère davantage du TMM5 que le TMI et comporte des implications programmatiques différentes.
- Inclure l'évaluation du TMN dans le groupe de coordination sur la mortalité infantile UNICEF/Banque mondiale/OMS qui revoit les données pour le TMI et le TMM5 pour chaque pays et chaque année et améliore la transparence de la procédure.
- Publier les données nationales sur le TMN dans les rapports annuels importants, tels que l'Etat des Enfants du Monde, le Rapport mondial sur la Santé et les rapports nationaux. La disponibilité des données est analogue à celle pour le TMI. Le cycle actuel des nouvelles estimations du TMN tous les 10 ans est trop long et ne fait qu'accentuer l'invisibilité des données.
- Envisager d'inclure le taux national de mortalité dans les rapports annuels - les estimations actuelles sont aussi fiables que certaines autres estimations qui sont incluses et les mortalités restent invisibles dans les politiques et les programmes.
- Diffuser les données sanitaires nationales auprès des publics clés et en prévoyant des stratégies : faciliter un dialogue convaincant de politiques avec des dirigeants à niveau élevé pour augmenter l'investissement pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). (Voir profils de pays dès la page 174 pour un récapitulatif d'une page de données concernant les tendances nationales de l'OMD 4, la couverture en enveloppes essentielles et financement.)
- Augmenter la disponibilité de données existantes au niveau district, ainsi que la capacité d'utiliser les données pour formuler les programmes au niveau district.

## Améliorer l'information future pour passer à l'action

- Augmenter le caractère comparable et la synthèse des sources de données disponibles (enquêtes démographiques et de santé, sondage en grappes à indicateurs multiples et systèmes d'information en gestion sanitaire).
- Augmenter la fiabilité des outils d'enquête et d'autopsie verbale pour les décès de nouveau-nés et les causes des décès.
- Augmenter la fréquence d'information concernant la couverture des interventions essentielles en SMNI - organiser une EDS tous les 5 ans ne suffit pas pour l'extension des programmes.
- Renforcer la collecte et l'utilisation de données pour la SMNI au niveau district.
- Inclure de meilleurs indicateurs pour les soins postnatals dans la collecte et le suivi routinier des données.

## Compter dans les politiques et les programmes

- Inclure et renforcer les aspects liés au nouveau-né dans les buts de réduction de la mortalité nationale, les politiques, la réforme du secteur de la santé et les plans stratégiques.
- Revoir et renforcer les directives cliniques existantes, les outils de supervision et la logistique des médicaments essentiels et de l'équipement.

- Vérifier que la SMNI est le pivot des systèmes sanitaires de district et que les données pertinentes sont collectées et utilisées à tous les niveaux, y compris le niveau district.
- Utiliser les données des établissements de santé et de la communauté concernant les décès maternels, néonataux et infantiles aux fins d'audit et d'amélioration de la qualité.

## Responsabilisation de la société

- Engager la société civile dans le suivi des décès maternels, néonataux et infantiles.
- Rendre disponibles les données pertinentes sous forme conviviale pour le public en général et les médias, par exemple, des tableaux de classement par district, tel que publié annuellement en Ouganda.
- Inclure le taux de mortalité maternelle (TMM) et les indicateurs clés du TMM5 et du TMN aux programmes de développement social, ainsi qu'aux programmes de réforme du secteur de la santé.

## Compter les investissements

- Tout essai en vue de suivre les investissements dans les soins du nouveau-né séparément des soins maternels et infantiles n'est ni pratique ni utile. Il faut chercher davantage à investir dans le suivi de l'investissement pour la SMNI pour que les partenaires et les gouvernements soient responsabilisés<sup>30</sup> et également pour suivre les dépenses propres des familles, ainsi que l'efficacité du financement de la santé pour les pauvres.





## Ressources de programme

- The Lancet. La survie du nouveau-né ; 2005
- OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et chaque enfant. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- UNICEF. Etat des Enfants du Monde. New York : Fonds des Nations Unies pour la Population.
- OMS. Au-delà des Nombres : Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse.
- La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement au Moyen Orient : l'importance de la santé reproductive. Population Reference Bureau, Washington DC, 2005.
- Les femmes de notre monde. Washington DC, Save the Children et PRB ; 2005.
- WHO. Neonatal and perinatal mortality: regional, country and global estimates. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
- Save the Children. State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns. Washington, DC: Save the Children; 2006.
- Lawn JE, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A, editors. Disease Control Priorities. 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health; 2005.
- Guide for Situation analysis for newborn health in the context of MNCH. SNL and WHO for the Healthy Newborn Partnership. 2006 version [draft]



# La continuité des soins

Joseph de Graft-Johnson, Kate Kerber, Anne Tinker, Susan Otchere, Indira Narayanan, Rumishael Shoo, Doyin Oluwole, Joy Lawn

Le lien est inséparable entre la vie des mères, des nouveau-nés et des enfants. Tout aussi liés sont leurs besoins en soins de santé. Par le passé, les politiques et programmes de santé maternelle et infantile avaient tendance à traiter séparément la mère et l'enfant et c'est de là que proviennent les lacunes dans les soins affectant tout particulièrement le nouveau-né. Comment peut-on combler ces lacunes, surtout lors de la naissance et pendant les premiers jours de la vie, lorsque la plupart des mères et des nouveau-nés meurent et comment le faire à domicile, où surviennent la plupart des décès de nouveau-nés en Afrique ?

Les politiques et programmes accordent une nouvelle attention à une continuité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Au lieu de choisir entre la mère et l'enfant, l'accent est mis sur une couverture universelle d'interventions efficaces intégrant les soins tout au long du cycle de la vie et mettant sur pied un système de santé complet et adapté aux besoins. La continuité des soins de SMNI est assurée par un ensemble de politiques et stratégies bien définies visant à améliorer les soins à domicile, ainsi que les services de santé tout au long du cycle de la vie, puisant dans les programmes et enveloppes de soins qui existent déjà. Quelle est la couverture actuelle des enveloppes essentielles de SMNI tout au long de la continuité des soins et comment les renforcer pour étendre la couverture et renforcer l'équité et la qualité des soins ? Quelles sont les interventions tout au long de la continuité des soins qui permettent de sauver la vie des nouveau-nés et quelles sont les possibilités spécifiques qui peuvent être saisies ?



## La continuité des soins - atteindre les mères et les bébés au bon moment et au bon endroit

En Afrique, la plupart des décès maternels et néonataux surviennent pendant l'accouchement et pendant les premiers jours de la vie, et un grand nombre de ces décès surviennent à domicile, surtout pour les 1,16 million de nouveau-nés africains qui meurent chaque année.<sup>1</sup> La présente section introduit la continuité des soins identifiés comme un principe de base et un fondement des stratégies visant à sauver la vie des mères et des bébés et à promouvoir la santé en général.<sup>2</sup> La continuité des soins a deux dimensions : premièrement, le *moment* des soins et deuxièmement, l'*endroit* et l'approche de ces soins.

**Lacune des soins au moment de la naissance lorsque les risques sont les plus élevés pour la mère et le bébé.** C'est pendant l'accouchement et lors des premiers jours de la vie, que surviennent plus de la moitié de tous les décès maternels<sup>3</sup> et néonataux<sup>1</sup> en plus de la mortalité intra-partum. Alors qu'un plus grand nombre de mères et de nouveau-nés meurent pendant cette période que lors de toute autre période, la couverture des soins est pourtant à son niveau le plus faible et la qualité des soins risque, elle aussi, d'être minimale.

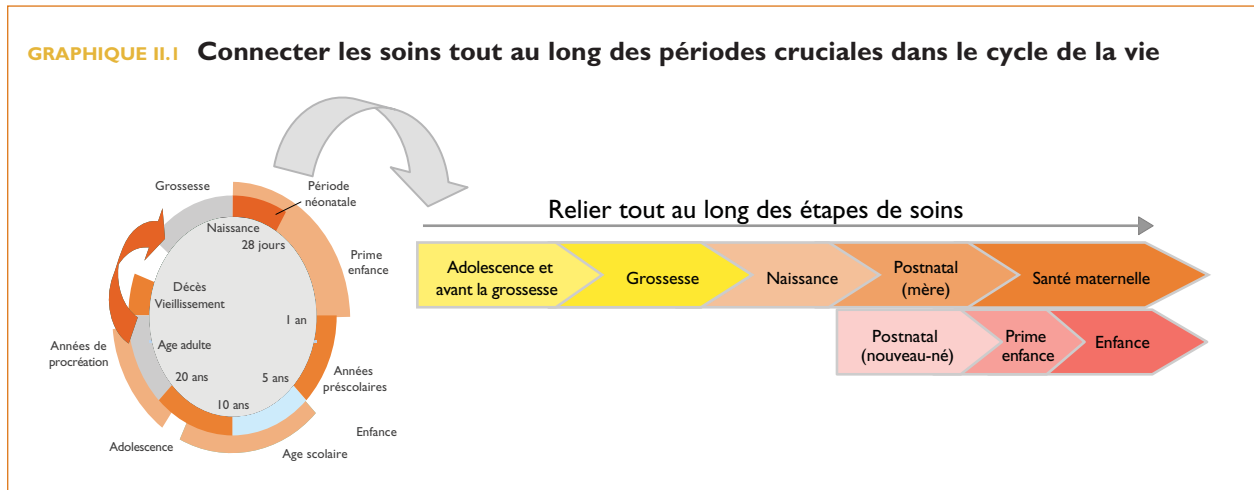
Une continuité efficace des soins relie les enveloppes essentielles de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) tout au long de l'adolescence, de la grossesse, de l'accouchement, des périodes postnatales et périnatales allant jusqu'à l'enfance et renforçant leurs interactions naturelles tout au long du cycle de la vie (Graphique II.1). En effet, de meilleures conditions pour les adolescentes, supposant un accès à des services de planification familiale, favoriseront la grossesse souhaitée au bon moment ; de bons soins lors de la grossesse augmenteront les chances d'un accouchement sans risques ; et des soins qualifiés lors de l'accouchement et de suite après réduiront le risque de décès ou d'incapacité, tant pour la mère que pour le bébé. L'effet dans chaque période dépend de ses bases établies lors de la période précédente, vérifiant une expérience plus complète de soins de santé pour chaque femme et enfant.<sup>2</sup> Au niveau de la santé publique, le fait de relier ces enveloppes et d'intégrer les services permet de sauver un plus grand nombre de vies à un coût moindre - débouchant ainsi sur un système de santé plus intégré et plus efficace.<sup>4</sup> L'intégration tout au long de la continuité des soins dégage moult possibilités de forger des

liens avec d'autres programmes importants, telle la promotion nutritionnelle, en plus des programmes de nature plus « verticale, » tels que la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH, la lutte contre le paludisme et les programmes de vaccination.

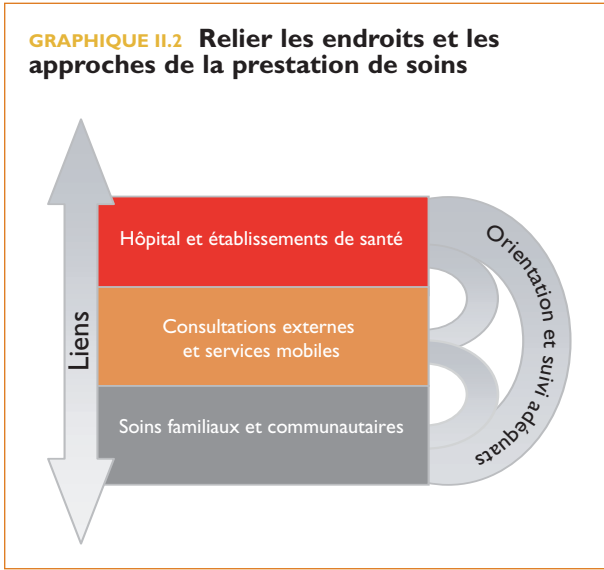
### Lacune des soins à l'endroit où on en a le plus besoin.

Dans la plupart des pays africains, les décès maternels, néonataux et infantiles surviennent à domicile car ils sont souvent dus à des retards dans l'obtention des soins nécessaires. Les bébés sont tout particulièrement vulnérables à ces retards dans la prestation de soins. En effet, un bébé qui souffre d'asphyxie à la naissance, de septicémie ou de complications liées à une naissance prématurée risque de mourir dans les heures ou même les minutes qui suivent si des soins adéquats ne lui sont pas dispensés. Les possibilités de renforcer les soins dans le ménage risquent d'être ratées si les familles ne sont ni informées ni en mesure de traduire dans les faits des choix sains ou si les conditions socioéconomiques dans lesquelles elles vivent freinent la réalisation de ces choix sains. De longues distances, des retards pour accéder aux soins, le manque d'argent et parfois, la médiocre qualité des soins dans l'établissement sanitaire sont autant de facteurs expliquant une mauvaise SMNI. Le manque de communication et de faibles liens d'orientation-recours entre la communauté et la formation sanitaire viennent encore limiter l'enveloppe de soins prodigués à ceux qui en ont le plus besoin.

Une continuité efficace des soins renforce les maillons entre le domicile et l'établissement de premier niveau ainsi que l'hôpital, vérifiant la disponibilité de soins adéquats à chaque endroit (Graphique II.2). C'est la seconde dimension de la continuité des soins. Les stratégies consistent à améliorer les compétences des agents de santé, à renforcer les supports du système de santé et à améliorer les pratiques familiales et communautaires ainsi que les actions communautaires prises pour une meilleure santé. Les services mobiles ou stratégies avancées apporteront les soins à un endroit proche du domicile en même temps que sont encouragées les orientations vers le système de santé grâce à une meilleure qualité des services dans les établissements périphériques et de district.<sup>7</sup> Cette combinaison de soins efficaces dans les établissements de santé, de comportements sains à domicile et de consultation rapide des services de santé en cas de maladie est celle qui a le plus d'impact sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.



Source : Adapté des références<sup>5,6</sup>



Source : Adapté de la référence<sup>6</sup>

Ces deux dimensions de la continuité des soins de la SMNI guident actuellement la conception de programmes efficaces. Tout d'abord, cela assure une continuité des soins tout au long du cycle de la vie, de l'adolescence à la grossesse et à l'accouchement et continuant au niveau des soins postnatals et jusqu'à l'enfance. Deuxièmement, elles situent les soins tout au long d'une continuité ininterrompue s'étendant du domicile jusqu'à l'hôpital, en passant par le centre de santé.<sup>2,7,8</sup> Ce qui pourrait sembler un nouveau concept n'est en fait que l'intégration d'un grand nombre d'approches précédentes, dont la revitalisation de l'approche cycle de la vie encouragée dans les années 90, et le concept des soins de santé primaires des années 70 placés dans la vision originale de la réforme du système de santé des années 80, lorsque la communauté était vue comme un maillon essentiel d'un système sanitaire holistique. Si la continuité des soins n'est certes pas un nouveau concept, les approches évoluent pourtant quant à la manière de les appliquer dans les programmes et continueront à changer au fur et à mesure que nous acquerrons plus d'expérience en ce domaine.

Le reste de cette section se penchera sur les enveloppes de la SMNI le long de cette continuité des soins en mettant en avant les interventions essentielles qui sont susceptibles de sauver la vie du nouveau-né. Une approche stratégique s'avère nécessaire pour renforcer la continuité des soins afin d'examiner la couverture et la qualité des soins tout au long du cycle de la vie, ainsi qu'à chaque niveau de soins de santé en mettant en avant l'importance de liens efficaces entre les communautés et les formations sanitaires. Peut-on réaliser certaines interventions à différents niveaux de soins pour atteindre un plus grand nombre de femmes, de bébés et d'enfants ? Une couverture élevée et équitable de soins essentiels ne pourra exister que dans un contexte de politiques favorables où des mesures adéquates sont prises pour élargir l'accès aux soins et renforcer la protection financière, appliquer les lois et réglementations protégeant les droits des femmes et des enfants et renforcer les partenariats, ainsi que pour augmenter le personnel soignant et mettre à jour ses compétences.<sup>9</sup> La Section IV se penchera plus en détail sur les étapes menant à une stratégie permettant de renforcer la continuité des soins en présentant des études de cas de pays qui étendent à plus grande échelle les services.

**Sauver la vie des nouveau-nés grâce à la continuité des soins**

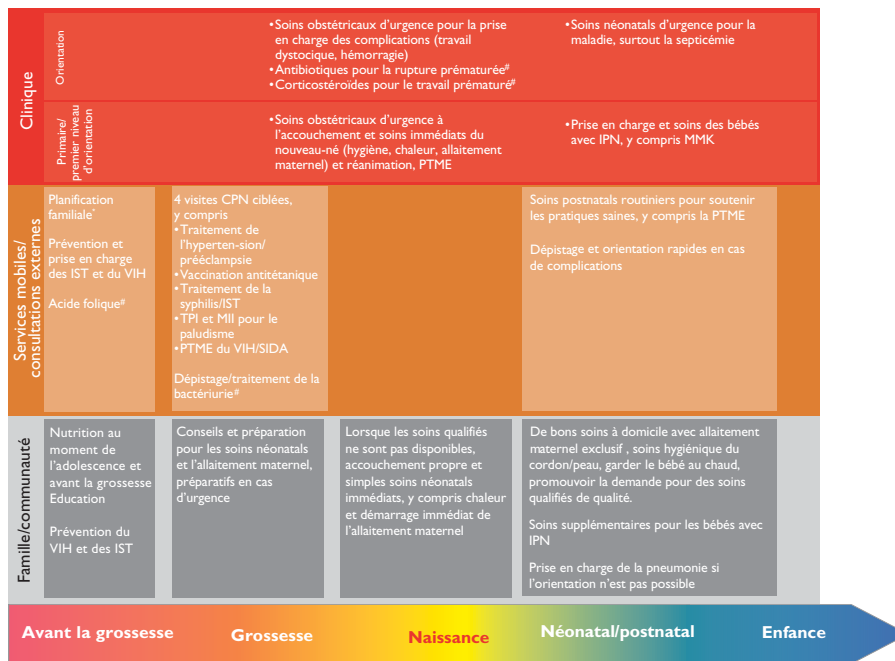
La santé des nouveau-nés est un marqueur sensible d'une continuité fonctionnelle des soins puisque la santé des bébés dépend de solides liens entre les programmes de santé maternelle et infantile et de l'obtention rapide de soins en cas de complications pendant l'accouchement et pour le bébé malade. Tel que décrit dans le *Rapport de la Santé dans le Monde de 2005*, le défi qui se présente à la SMNI n'est pas tant l'achat d'équipement et de technologie chers, mais davantage la mise en place d'un système de soins de santé assurant une continuité de soins tout au long de la grossesse, de soins qualifiés à la naissance et de soins prodigués à domicile à la mère et au nouveau-né.<sup>2</sup> Des analyses récentes dans la série *The Lancet* sur la survie de l'enfant<sup>10</sup> et la survie du nouveau-né<sup>11</sup>, ainsi que sur la santé maternelle<sup>12</sup> présentent des données prouvant que les interventions essentielles sauvent la vie des mères, des bébés et des enfants. La série de survie du nouveau-né de *The Lancet* présente 16 interventions qui ont fait leurs preuves en ce qui concerne la réduction des décès des nouveau-nés et dont aucune n'exige de soins intensifs nécessitant une technologie avancée. Toutes ces interventions sont très efficaces par rapport aux coûts si elles sont réalisées dans le cadre d'enveloppes se situant le long de la continuité des soins. Elles sont parmi les interventions les plus efficaces par rapport aux coûts disponibles en santé internationale.<sup>11,13</sup>

C'est au vu de la réalité des ressources limitées dans les systèmes de santé qu'il devient encore plus important d'intégrer les interventions reposant sur des données probantes pour chaque période du cycle de la vie et selon différentes modalités de prestation de services.<sup>14</sup> Le Graphique II.3 est une vue d'ensemble des interventions factuelles en vue de réduire les décès et incapacités du nouveau-né, présentées dans des enveloppes qui font déjà partie du système de santé de la plupart des pays. Ce graphique présente des interventions reposant sur des données probantes, bien qu'elles ne soient pas toutes forcément reconnues dans les politiques mondiales de santé publique. Notons également que certaines interventions, telles que les soins supplémentaires pour les bébés d'un poids insuffisant, peuvent être adaptées à tous les niveaux du système de santé. Si le bébé est le centre de l'attention ici, toutes ces interventions bénéficient pourtant également à la mère et aux enfants plus âgés.

**Combien de vies de nouveau-nés peuvent être sauvées par une couverture élevée d'interventions essentielles et quel serait le coût ?**

Selon une nouvelle analyse faite pour cette publication et reposant sur une méthodologie utilisée dans la série de survie du nouveau-né de *The Lancet*,<sup>11</sup> jusqu'à 67 % des décès des nouveau-nés de l'Afrique subsaharienne pourraient être évités grâce à une couverture élevée de soins. (Pour de plus amples informations sur les données utilisées dans cette analyse, voir les notes de données à la page 226.) La Section I décrit les possibilités de sauver la vie d'enfants des principales causes du décès si un plus grand nombre de mères et de bébés ont accès aux soins et le Graphique II.4 présente les deux continuités de soins connexes ainsi que le nombre supplémentaire de vies de nouveau-nés qui pourraient être sauvées si toutes les enveloppes de soins néonataux essentiels étaient dispensées pour 90 % des femmes et des bébés. Jusqu'à 390 000 vies supplémentaires pourraient être épargnées par une

**GRAPHIQUE II.3 Interventions qui réduisent les décès maternels tout au long de la continuité des soins**



Source : Adapté des références<sup>11,14,18,19</sup>

\*. Preuves publiées puisque la série de survie néonatale de *The Lancet* montre une réduction de la mortalité et de la morbidité grâce à l'espacement des naissances<sup>15,16</sup>

+ . Un nouvel examen de Cochrane met à jour de nets avantages des moustiquaires imprégnées aux insecticides pour la santé néonatale<sup>17</sup>

#. Interventions supplémentaires qui sont plus complexes à réaliser et qui deviennent davantage efficaces par rapport aux coûts dans un système de santé plus solide et avec un taux de mortalité néonatale plus faible

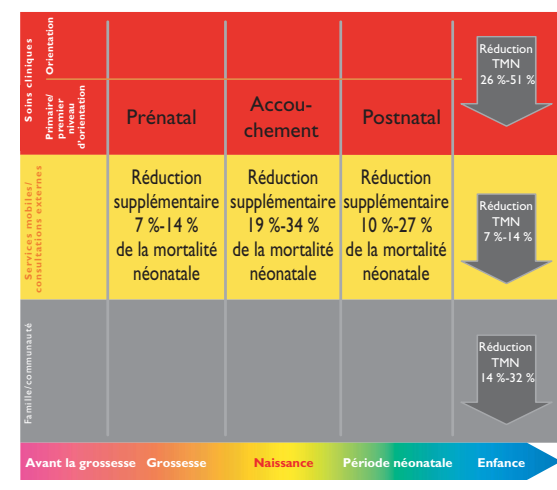
Sigles :  
MMK = Méthode de la mère kangourou  
CPN = Consultations prénatales  
TPI = Traitement préventif intermittent pendant la grossesse pour le paludisme  
MII = Moustiquaires imprégnées aux insecticides  
IPN = Insuffisance pondérale à la naissance

couverture étendue de soins qualifiés lors de l'accouchement et 310 000 grâce à des soins postnatals. Une couverture élevée de consultations prénatales (CPN) comptant des interventions focalisées pourrait sauver jusqu'à 160 000 vies supplémentaires de nouveau-nés. Les CPN ont un impact moindre sur la mortalité maternelle et néonatale comparés aux soins pendant l'accouchement et les soins postnatals, mais cela ne devrait pas signifier que la priorité est moindre. Le faible impact supplémentaire s'explique du fait que la couverture actuelle dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne est déjà élevée comparée à d'autres enveloppes et, par conséquent, le déficit de couverture est nettement moindre pour passer du niveau actuel à la couverture de 90 %.<sup>14</sup> De plus, les CPN comprennent bien d'autres avantages que la seule réduction de la mortalité. En effet, les CPN sont un point d'entrée d'importance critique dans les services de santé et les programmes offerts dans le cadre des CPN renforceront l'effet et l'efficacité des soins lors de l'accouchement et des soins postnatals.

Le nombre de vies pouvant être sauvées varie également en fonction du niveau de soins. Les soins cliniques qualifiés, dont les soins obstétricaux et les soins hospitaliers des nouveau-nés malades, ont le plus d'impact, permettant une réduction allant jusqu'à 51 % dans le taux de mortalité néonatale (TMN) et épargnant 590 000 vies supplémentaires. Une couverture élevée en soins mobiles et consultations externes, dans le cadre des soins prénatals, permettrait de sauver jusqu'à 160 000 bébés en plus. Grâce à de simples comportements à domicile, tels que les préparatifs pour la naissance, l'allaitement maternel, le fait de garder le bébé au chaud et les bonnes mesures d'hygiène, 104 000 vies supplémentaires seront sauvées. Il est de toute première importance d'étendre les soins cliniques pour les mères et les bébés - et pourtant, les choses progressent lentement en ce domaine. En attendant, bien des actions peuvent être menées au niveau communautaire pendant que sont renforcés de solides services intégrés de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI).

La méthodologie mise au point pour la survie de l'enfant de *The Lancet*<sup>20</sup>, utilisée dans la série 11 de survie du nouveau-né, a été employée pour estimer le coût des interventions néonatales essentielles. L'approche envisage le temps, les médicaments, la supervision et le coût amorti des établissements (en fonction du modèle CHOICE de l'OMS<sup>21</sup>) nécessaires à ces enveloppes de soins, mais ne comprend pas le coût de construction des nouveaux établissements ou la formation d'un grand nombre de nouveaux médecins, d'agents de santé communautaires et de

**GRAPHIQUE II.4 Comment et quand sauver le plus grand nombre de vies néonatales : Estimation du nombre de décès néonataux supplémentaires qui peuvent être évités si les interventions essentielles de santé néonatale atteignent 90 % des femmes et des bébés**



Source : Adapté des références<sup>11,14,18,19</sup> Voir notes de données à la page 226 pour de plus amples informations sur l'analyse de l'impact utilisée dans cette publication.



sages-femmes (Voir données à la page 226 pour de plus amples informations.) Les pays africains dépensent déjà en moyenne 0,58 \$US par habitant pour l'enveloppe complète de ces interventions. Pour arriver à la couverture de 90 % en soins prénatals et post-natals, il suffirait de 0,20 \$US et de 0,29 \$US supplémentaires par habitant, respectivement. Les soins lors de l'accouchement qui renferment le plus grand potentiel pour sauver des vies sont également, comme on peut s'y attendre, l'enveloppe la plus chère parmi les trois pour un coût supplémentaire de 0,76 \$US par habitant. Un coût total de 1 milliard \$US permettrait d'apporter les soins essentiels à 90 % des femmes et des bébés, soit un coût total par habitant de 1,39 \$US. Cette somme permet également de réaliser des interventions qui sont bénéfiques aux mères et aux enfants et réduisent l'incapacité à long terme, améliorant la santé en général.<sup>22,23</sup> Outre les aspects financiers, des directives sont nécessaires spécifiant les compétences, les ressources humaines et l'infrastructure et le matériel pour étendre à plus grande échelle les soins permettant de sauver la vie du nouveau-né.<sup>24</sup> (Voir Section IV.)

Comment les estimations des vies sauvées et des coûts nécessaires nous aideront-elles à renforcer les liens lors de périodes d'importance critique et d'intégrer les services au niveau de l'établissement de santé et de la communauté ? Quelles sont les lacunes dans les soins qu'il faudra combler pour arriver à ceux délaissés jusqu'à présent ? Le restant de cette section présente une vue d'ensemble de la couverture actuelle des soins néonataux dans les programmes et met en avant les possibilités de renforcer et d'intégrer les services le long des deux dimensions de la continuité des soins - moment des soins et endroit des soins.

### Mise en place systématique d'une continuité des soins dans le temps

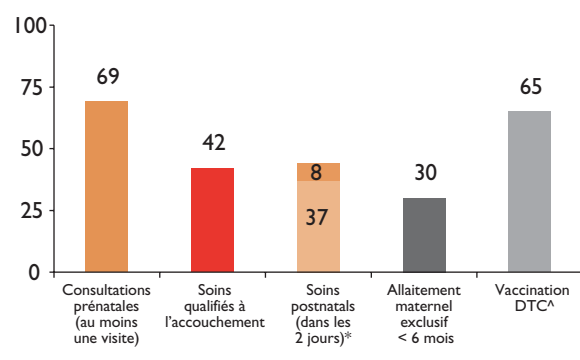
Nombreuses sont les demandes, parfois incompatibles, d'investissement en santé au niveau national dans tous les pays. La SMNI, pilier du système de santé, a besoin d'un fort investissement et pourtant, n'obtient souvent que les miettes des programmes « verticaux » plus grands.

Par le passé, les programmes de SMNI ont choisi d'exclure certains maillons essentiels de la continuité des soins.<sup>25</sup> Par exemple, les programmes s'attachaient uniquement à la formation d'accoucheuses traditionnelles et ne cherchaient pas à établir des liens avec les services de santé ou à améliorer la qualité de ces services alors que d'autres visaient uniquement à améliorer les interventions sanitaires, négligeant les femmes et la participation communautaire. Il n'y a point de « choix » entre les soins communautaires et les soins cliniques - les deux sont nécessaires. L'établissement est nécessaire pour dispenser les services et la communauté est nécessaire pour promouvoir des comportements sains à domicile et la demande pour les soins. De la même manière, point de « choix » entre les SPN, les soins lors de l'accouchement et les soins postnatals. A la place de demandes et de rivalité pour les diverses enveloppes ou les divers programmes, la continuité des soins s'attache essentiellement à une couverture élevée d'intégration et d'interventions efficaces de la SMNI - et tout le monde y gagne, les mères, les bébés et les enfants, ainsi que pour le système de santé lui-même qui s'en trouve renforcé. Toutes ces enveloppes de soins doivent atteindre les femmes et les enfants au bon niveau et au bon moment pour arriver à réduire au maximum les décès et améliorer la santé.

Aussi, le but est-il d'obtenir des enveloppes essentielles de SMNI de haute qualité et à couverture élevée plutôt que de choisir entre ces enveloppes. La cadence à laquelle pourra être améliorée et étendue chacune de ces enveloppes dépendra du pays et sera déterminée par les ressources pour renforcer le personnel soignant et consolider les piliers du système de santé. Alors que s'étend la couverture des interventions essentielles, qu'augmente la qualité et que recule la mortalité, le ratio du coût-efficacité change pour les interventions plus complexes, justifiant donc ce niveau plus élevé.

Certes, la plupart des enveloppes de SMNI ont été fort bien décrites depuis des décennies, mais un grand nombre d'entre elles comportent pourtant de faibles niveaux de couverture en Afrique, exception faite des 69 % de femmes enceintes qui se rendent à au moins une consultation prénatale. (Graphique II.5) Seules 42 % des femmes en moyenne ont accès à des soins qualifiés à l'accouchement et, bien qu'on ne dispose que de données limitées en la matière, seule une petite proportion a accès à des soins postnatals lors de la première semaine après l'accouchement.<sup>26</sup> L'inégalité se creuse encore à ce moment pourtant crucial lorsque les 20 % des femmes plus riches dans ces pays sont trois fois plus susceptibles d'accoucher avec un prestataire qualifié que les 20 % les plus pauvres. (Encadré II.1) On note une faible adoption de comportements essentiels lors de la période postnatale précoce telle que l'allaitement maternel. En Afrique, moins d'un tiers des bébés de moins de 6 mois bénéficient d'un allaitement maternel exclusif. Si ce comportement est hautement efficace, il n'en demande pas moins un bon soutien, surtout dans des contextes où la prévalence du VIH est élevée. Il existe de bonnes possibilités d'utiliser le contact plus fréquent avec le système de soins de santé lors de la grossesse et de l'accouchement pour étendre la couverture des soins lors de l'accouchement, des soins postnatals et d'autres soins le long de la continuité. Il existe également de bonnes possibilités de réduire cet écart dans l'accès aux services de SMNI entre les riches et les pauvres.

**GRAPHIQUE II.5 Couverture en pourcentage des interventions essentielles tout au long de la continuité des soins en Afrique subsaharienne**



\*Soins postnatals : La définition des soins postnatals que donne généralement l'enquête démographique et de santé (EDS) suppose toutes les naissances dans un établissement bénéficiant de soins postnatals. Les données pour les soins postnatals ici concernent les femmes dont l'accouchement le plus récent n'a pas eu lieu dans un établissement de santé (63 % de tous les accouchements) et qui ont reçu un bilan postnatal dans les 2 jours (données provenant de l'EDS 1998-2005). Voir les notes de données à la page 226 pour de plus amples détails.

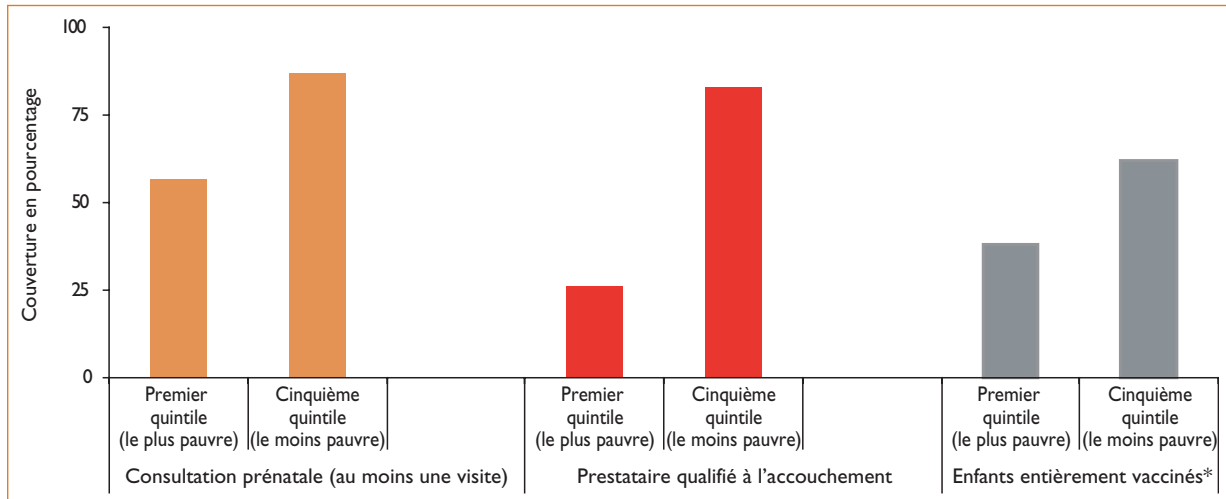
^DTC3 concerne le pourcentage de nourrissons qui ont reçu trois doses du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

Sources : SPN, soins qualifiés à l'accouchement, allaitement maternel exclusif < 6 mois, vaccin DTC3 de la référence<sup>26</sup> et des données de l'EDS obtenues depuis. Soins postnatals de l'EDS 1998-2005. Les profils de pays apportent plus d'information sur la couverture et l'équité tout au long de la continuité des soins pour chaque pays.

## ENCADRÉ II.1 Est-ce que la continuité des soins arrive même aux mères et aux bébés les plus pauvres ?

La définition universelle de l'équité en santé indique que l'accès aux services devrait correspondre aux besoins pour ces mêmes services.<sup>27</sup> Par ailleurs, la couverture en interventions essentielles est souvent la plus faible dans les endroits où les vies sont exposées au risque le plus élevé. Il existe un grand écart entre le riche et le pauvre, tant du point de vue accès aux services que qualité des services obtenus. Les données provenant de diverses sources indiquent des écarts de taille dans les services de SMNI entre les riches et les pauvres, entre les zones urbaines et rurales et, dans certains cas, d'une ethnie à l'autre.

### Couverture le long de la continuité des soins pour le quintile le plus pauvre et le plus riche dans 30 pays africains



\*Enfants entièrement vaccinés concernent le pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois qui ont reçu le BCG, trois doses de DTC, trois doses de vaccin antipoliomyélique (non comprise la dose administrée peu après la naissance) et la rougeole à n'importe quel moment avant l'enquête EDS.

Source : Analyse des données de l'EDS, en fonction de 30 ensembles de données de l'EDS de l'Afrique subsaharienne, 1994-2005

Les services et les interventions dont la fourniture n'est pas aussi complexe et qui supposent une participation moindre du patient tendent à avoir une disparité plus petite entre le riche et le pauvre. Par exemple, il existe un écart de trois fois dans l'utilisation de prestataires qualifiés à l'accouchement pour les 20 % de femmes africaines les plus riches comparées aux plus pauvres, alors que pour les enfants entièrement vaccinés, la différence est inférieure à deux fois et l'écart dans l'accès en ce qui concerne au moins une consultation prénatale est encore moindre. L'endroit de l'accouchement est étroitement corrélé au statut socioéconomique puisque les familles plus aisées sont en mesure d'assumer les coûts directs et indirects liés à un accouchement dans un établissement de santé. Cela correspond aux taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile qui sont bien plus élevés chez les pauvres.<sup>28</sup> Lorsque de nouvelles interventions sont introduites dans les systèmes de santé, le riche a généralement plus de possibilités d'en profiter, d'où un risque d'écart qui se creuse de plus en plus.<sup>29</sup> L'expansion des services le long de la continuité des soins doit s'accompagner d'une protection contre les facteurs qui excluent les femmes marginalisées et leurs bébés de l'accès aux soins lorsqu'ils en ont le plus besoin. (Voir Section IV)

## Une faible couverture et pourtant de nombreuses possibilités d'améliorer une continuité des soins : enveloppes et programmes tout au long du cycle de la vie

Un bref aperçu est donné ci-après de la situation actuelle concernant les enveloppes essentielles et programmes connexes tout au long de la continuité des soins de SMNI. Les neuf chapitres de la Section III traiteront de la couverture et des tendances actuelles avec plus de détails et présenteront les possibilités, défis, études de cas et étapes pratiques vers le renforcement et l'intégration des soins néonataux.

### Soins avant la grossesse (Voir Section III chapitre 1)

Le bien-être des femmes et des filles dépend de l'éducation, de

la nutrition et des services de santé qu'elles reçoivent pendant leur vie. Une activité sexuelle précoce avec les grossesses d'adolescentes et les grossesses non souhaitées qui en découlent comportent de graves conséquences pour la santé des femmes et de leurs bébés. Un grand nombre des filles africaines sont sous-alimentées, peu instruites et ont été les victimes d'une violence et d'une mutilation génitale à un jeune âge. Ces filles souvent se marient à un jeune âge, n'ont guère accès aux services de santé et ont peu de pouvoir pour prendre des décisions, notamment celles consistant à déterminer le nombre et l'espacement de leurs enfants. Les femmes qui préféreraient attendre ou éviter une grossesse et qui n'utilisent pas de contraceptifs sont celles qui ont un « besoin non satisfait » pour la planification familiale. Seules 15 % des femmes mariées ou femmes en union en Afrique subsaharienne utilisent des méthodes modernes de planification



familiale et 63 % des femmes ont un besoin non satisfait.<sup>30,31</sup> Une contraception efficace est une intervention rentable qui permet de sauver la vie et d'améliorer la santé de l'enfant, mais elle reste hors de portée pour tant de femmes africaines.

### **Soins prénatals (Voir Section III chapitres 2, 7 et 8)**

La couverture d'au moins une consultation prénatale est relativement élevée en Afrique subsaharienne, se situant à 69 %, alors qu'elle est de 54 % en Asie du Sud.<sup>26</sup> Aussi, s'agit-il d'une possibilité de renforcer la SMNI par l'apport d'interventions essentielles lors des consultations prénatales routinières. En Afrique subsaharienne, les décès néonataux imputables au tétanos ont été diminués de moitié lors des années 90 grâce partiellement à une couverture vaccinale plus élevée contre le tétanos. Ce pas en avant est soutenu par de solides communications et réseaux d'approvisionnement. Par ailleurs, sont ratées certaines des possibilités d'intégrer les interventions essentielles dans les services de SPN à cause d'un manque d'information et de chaînes d'approvisionnement inadéquates. Prenons comme exemple à ce propos le dépistage et le traitement des femmes enceintes souffrant de syphilis. Certes, le protocole de la plupart des pays demande qu'un test de dépistage de la syphilis soit fait mais souvent, les fournitures nécessaires ne sont pas disponibles.<sup>32</sup> Les services de PTME pour le VIH/SIDA et la prévention du paludisme grâce aux moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) et le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPI) sont deux autres exemples d'interventions de santé néonatale qui se prêtent bien au cadre des SPN. Les préparatifs pour l'accouchement et autres préparatifs en cas d'urgence sont également des volets importants des soins prénatals.

Si la couverture d'au moins une visite prénatale est élevée, par contre celle des quatre visites est nettement plus faible et n'est pas suivie régulièrement. Il est pourtant important de connaître cette information car l'efficacité de certaines interventions, telles que la distribution de suppléments de fer et d'acide folique, la vaccination contre le tétanos, le dépistage et le traitement de la syphilis, de conseils sur la nutrition maternelle et infantile et le TPI demandent plusieurs consultations prénatales.

### **Soins à l'accouchement (Voir Section III chapitre 3)**

La disponibilité et la qualité des soins qualifiés lors de l'accouchement et de suite après la naissance est un des grands déterminants de la survie et de la santé tant des mères que des bébés. Chaque année, 18 millions de femmes africaines accouchent à domicile sans recevoir de soins qualifiés et ne peuvent compter que sur de faibles systèmes de transport pour arriver à l'établissement de santé en cas de complications. Ces 10 dernières années, la couverture moyenne de soins qualifiés à l'accouchement n'a guère changé dans la région africaine. Quinze pour cent des femmes enceintes ont besoin de soins obstétricaux d'urgence (SOU) alors que la couverture est faible. D'après une série d'enquêtes dans plus de 10 pays africains, moins d'un tiers des femmes enceintes qui en ont besoin reçoivent des SOU.

### **Soins postnatals (Voir Section III chapitre 4)**

De bons soins lors de la période postnatale, tant à domicile qu'en consultation avec les établissements de référence, sont d'importance cruciale pour faire reculer la mortalité maternelle et néonatale et faciliteront l'adoption de comportements sains clés qui comportent des effets bénéfiques durables. Selon les données de l'EDS pour 21 pays de l'Afrique subsaharienne, 13 % seulement des femmes qui accouchent à domicile

reçoivent des soins postnatals dans les trois jours qui suivent pour elles-mêmes et leur bébé. Même en partant de l'hypothèse émise par l'EDS voulant que toutes les femmes qui accouchent dans un établissement de santé recevront des soins postnatals, il n'en reste pas moins que la moitié des femmes et des nouveau-nés reçoivent des soins lors de cette période d'importance critique. Il n'existe que peu de données pour étayer les programmes et les stratégies pour ce service pas plus d'ailleurs qu'il n'existe un consensus international sur la définition d'une enveloppe de soins postnatals et d'indicateurs de suivi de ces soins. L'information sur la qualité des soins postnatals disponible est limitée par l'hypothèse voulant que tous les bébés qui naissent dans un établissement de santé reçoivent également des soins postnatals et par divers autres aspects (quand et où faudrait-il prodiguer les soins postnatals et qui en est responsable).

### **Allaitement maternel immédiat et exclusif (Voir Section III chapitre 6)**

Le fait de démarrer de suite l'allaitement maternel et de pratiquer un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois non seulement influence la survie après le premier mois de la vie mais compte également un impact direct sur la santé du nouveau-né.<sup>33</sup> Un allaitement maternel optimal est l'une des mesures nutritionnelles la plus aisément réalisable. Il ne s'agit en fait que de recommander et de soutenir ce changement comportemental à domicile et dans l'établissement de santé. La connaissance et la pratique de ce comportement dépendent souvent de l'accès à des services de soins postnatals pendant la période critique qui suit la naissance. Seuls 30 % des bébés de moins de 6 mois en Afrique subsaharienne sont allaités exclusivement et 42 % seulement sont mis au sein dans l'heure qui suit leur naissance.<sup>26</sup> Ces pratiques doivent être améliorées, mais pour cela il faut venir à bout du goulot d'étranglement dans la diffusion d'information aux moments essentiels, ainsi que des barrières à l'apport du soutien nécessaire.

### **Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (Voir Section III chapitre 5)**

La stratégie de la PCIME vise à faire reculer la morbidité et la mortalité infantiles dans les pays en développement en améliorant la prise en charge de la part des agents de santé, en renforçant le système de santé et en aidant les familles et les communautés à mieux s'occuper des enfants malades. La PCIME représente une excellente possibilité d'intégrer les services néonataux dans les établissements de santé. Plus de 40 pays en Afrique subsaharienne en sont à diverses étapes de l'introduction et de l'application de la PCIME : au moins 20 pays comptent un plan stratégique général de la PCIME et 14 pays une couverture de plus de 50 %. La PCIME s'accompagne de la possibilité d'intégrer à grande échelle les soins néonataux. Si les protocoles de PCIME recommandés actuellement par l'OMS ne portent pas sur la prise en charge du nouveau-né malade lors de la première semaine de la vie, un certain nombre de pays africains, tels que le Malawi et l'Éthiopie, ont pourtant commencé à l'adapter à ces soins.

### **Programmes de vaccination (Voir Section III chapitre 9)**

Le Programme élargi de Vaccination (PEV) vise à étendre la couverture de vaccins administrés de manière routinière aux mères et aux enfants. Le programme demande une solide gestion, mais reste accessible puisqu'il utilise une technologie relativement simple. Aussi, arrive-t-il à une couverture élevée et relativement égalitaire : 76 % des enfants d'un an sont vaccinés

avec le BCG et 65 % ont reçu trois doses du DTC.<sup>26</sup> Bien qu'il vise essentiellement les nourrissons et les enfants plus âgés, le PEV pourrait pourtant avoir un impact positif sur la survie néonatale. Tout effort visant à éliminer le tétanos maternel et néonatal affecte directement la mortalité néonatale et le PEV, en tant qu'important programme vertical avec une infrastructure étendue, présente un certain nombre de points d'entrée pour les interventions d'amélioration de la survie du nouveau-né. Pratiquement 60 % des nouveau-nés africains naissent protégés contre le tétanos<sup>26</sup> et, en date de janvier 2006, sept pays dans la région avait éliminé le tétanos maternel et néonatal.<sup>34</sup> Il est possible d'intégrer d'autres interventions de santé néonatale et les activités de mobilisation sociale du PEV pourraient être utilisées pour créer une demande pour les services et un soutien stratégique, technique et financier axé sur les soins néonataux.

### ENCADRÉ II.2 Principes clés pour lier les soins du ménage à l'hôpital et vice-versa

- Comportements à domicile : Travailler avec les femmes, les familles et les membres communautaires pour renforcer les soins dispensés à domicile, pour prendre les décisions à propos de la consultation des services et pour être activement engagé dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de SMNI (y compris les transports d'urgence et les plans financiers), ainsi que pour négocier et adopter des comportements sains.
- Renforcement du système de santé : Engager ressources et efforts pour renforcer le système de santé.
- Partenariats entre le domicile et l'établissement de santé : Renforcer la communication entre les femmes, les familles, les membres communautaires, les agents de santé, les responsables de programme, les organisations non gouvernementales, les bailleurs de fonds, les collectivités locales et le Ministère de la Santé pour renforcer et suivre la prestation de services et pour prendre le ferme engagement face à l'amélioration de la qualité des soins.
- Liens entre le domicile et l'établissement de santé : Utiliser la mobilisation communautaire et d'autres approches pour vérifier l'existence de liens de communication (radio, téléphone mobile) et les systèmes de transfert (par exemple, équipes de brancardiers, coopératives de transport, maisons d'attente de maternité).
- Mettre en avant la responsabilisation locale pour combler les lacunes des soins (femmes en travail qui meurent en route pour l'hôpital) et pour partager les réussites (réunions sur les audits communautaires sur les décès maternels/néonataux auxquels assiste le personnel de soins de santé)

Source : Adapté des référence<sup>7,35</sup>

### Connecter le ménage à l'hôpital : vers des soins plus proches des familles et des familles plus proches des soins

La dimension « spatiale » de l'approche de la continuité des soins demande que soient reliées les interventions à domicile et dans la communauté à des services mobiles et cliniques de qualité dans les établissements de soins de santé primaires qui, à leur tour, sont reliés à un hôpital de district. En forgeant ou en renforçant de tels liens, on encourage un dialogue actif qui débouche sur une utilisation accrue des services. Ces liens vérifieront également que les femmes et les nouveau-nés souffrant de complications sont orientés à temps vers les services compétents aux fins d'améliorer leur taux de survie. (Voir Encadré II.2).

### Possibilités dans les foyers et les communautés

C'est le foyer et la communauté qui sont le point de départ de la dimension SMNI de la continuité sous l'angle de l'emplacement des soins. De plus en plus nombreuses sont les données qui nous prouvent la faisabilité d'interventions au niveau communautaire tout au long du cycle de la vie.<sup>36</sup> Il est particulièrement important pour la survie maternelle et néonatale de soutenir une femme pour qu'elle prenne meilleur soin d'elle-même et de son bébé et de faire participer la famille et la communauté aux soins et aux décisions sur le plan santé puisque la majorité des naissances et des décès en Afrique surviennent à domicile. Même lorsque l'accouchement a lieu dans un établissement de santé, un grand nombre de mères et de bébés rentrent chez elles très tôt, souvent dans les quelques heures qui suivent la naissance. Par ailleurs, les familles et les communautés exercent une profonde influence sur les décisions de consulter les services de santé ou d'adopter des mesures de prévention. Il est capital de responsabiliser les femmes, les familles et les communautés et de leur donner les moyens d'améliorer leur propre santé.

Un grand nombre des soins néonataux essentiels pourraient être intégrés aux programmes de santé maternelle, santé infantile, planification familiale, promotion nutritionnelle et lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA qui existent déjà au niveau communautaire. L'éducation sanitaire et la communication pour le changement comportemental est une stratégie qui utilise les conseils, les discussions individuelles et collectives, ainsi que la mobilisation et l'action communautaires. Divers canaux serviront à appuyer le changement comportement pour de meilleurs soins maternels et néonataux, notamment les médias de masse, les discussions en groupe, les réunions villageoises, les chansons, les marches, le théâtre et les événements sportifs. Le marketing social de produits tels que les contraceptifs, les MII ou les trousseaux pour accouchement dans de bonnes mesures d'hygiène est une autre possibilité d'intégrer les messages de la SMNI. Ces messages sont diffusés par des brochures, des émissions radiophoniques, des insertions dans les paquets et des pancartes servant à la promotion et à la vente des produits du marketing social. Il existe divers outils dont les cartes de conseils, les guides pour la facilitation de groupe, les boîtes à images, les brochures, les registres communautaires, la cartographie et les manuels de formation connexes qui permettent de soutenir les interventions familiales et communautaires. Ces messages deviennent plus efficaces s'ils



sont adaptés au contexte local et traduits dans les langues locales. Dans l'étude MIRA-Makwanpur au Népal,<sup>37</sup> s'inspirant de l'expérience de la Bolivie,<sup>38</sup> on a pu renforcer les pratiques familiales en matière de SMNI en faisant appel à une communication interpersonnelle et en utilisant les groupements féminins. A présent, cette approche est adaptée et essayée au Malawi (Encadré II.3). Des approches de coordination et de participation améliorées en vue de concevoir et de planifier

ensemble les programmes avec les membres communautaires se sont également avérées efficaces.

Les stratégies visant à améliorer les pratiques de soins à domicile sont surtout efficaces si elles font appel à tout un ensemble d'approches qui comprennent les conseils individuels et le dialogue, l'éducation et la mobilisation communautaires, le renforcement des liens entre la communauté et les services de

### ENCADRÉ II.3 Pouvoir des femmes - adapter et mettre à l'épreuve des solutions à base communautaire de l'Asie à l'Afrique

Dans les zones rurales du Népal, pratiquement toutes les femmes accouchent à la maison et les taux de mortalité maternelle et néonatale sont élevés. Le Projet MIRA (Activités de recherche sur la mère et le nourrisson) Makwanpur est une intervention communautaire à la recherche de solutions communautaires pour la santé maternelle et néonatale en faisant appel aux groupements féminins existants. Les facilitatrices se rencontrent avec les groupements féminins une fois par mois dans le cadre de 10 sessions sur l'ensemble de l'année. Les groupes retiennent les problèmes locaux au niveau de la SMNI et utilisent un processus participatif pour formuler des stratégies comprenant des jeux et du matériel interactif. Ils ont également cherché à renforcer le système de santé par le biais de rénovations et de formation dans le dispensaire et le centre de référence de l'endroit. En l'espace de quatre ans, la mortalité maternelle a reculé de 30 %. L'étude n'était pas conçue spécifiquement pour réduire la mortalité maternelle et le nombre de décès maternels était faible et pourtant, des diminutions importantes ont été constatées dans le groupe d'intervention (69 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) comparé au groupe témoin (341 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). Les femmes dans les groupes d'intervention étaient plus susceptibles de recevoir des soins prénatals, d'accoucher dans un établissement de santé avec l'assistance d'un prestataire qualifié et de recevoir des soins hygiéniques que les femmes dans le groupe témoin. Ces résultats nous montrent qu'il est possible d'améliorer grandement la santé et les comportements sains dans une population rurale pauvre en faisant appel à une intervention à faibles coûts, probablement viable et pouvant être étendue à grande échelle grâce à l'intervention des groupements féminins.

Une étude pilote appelée MaiMwana est en train d'être réalisée pour adapter cette approche au Malawi - MaiMwana signifie 'mère et enfant' en chichewa, l'une des langues officielles du Malawi. Cette étude aléatoire cas-témoins regroupe une population de presque 150 000 personnes. Évaluant l'impact de deux interventions communautaires de promotion sanitaire, MaiMwana cherche également à renforcer la prise en charge communautaire décentralisée des nouveau-nés et à améliorer la prestation de services grâce à des interventions efficaces par rapport aux coûts et durables. Au vu de la prévalence élevée du VIH et cherchant également à donner aux groupements féminins les moyens de résoudre les divers problèmes liés aux décès maternels et néonataux, on traite également de la prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH/SIDA dans les groupes et par le biais du renforcement du système de santé.

Source : Adapté des références<sup>37-39</sup>

santé et l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de santé. Divers membres communautaires pourront être engagés - mais des programmes efficaces ont cela en commun : ils comptent des agents communautaires bien formés et supervisés faisant partie d'un système aux transferts opérationnels vers des établissements où des soins de qualité sont disponibles.

Certaines interventions à base communautaire devront être accompagnées ou renforcées par des visites à domicile (soins postnatals à domicile, allaitement maternel) ou dépendront d'un agent de santé communautaire en cas d'urgence (lorsqu'il existe une prise en charge communautaire des infections respiratoires aiguës et un transfert rapide). Certaines des interventions communautaires possibles consistent à adapter les soins cliniques dispensés au niveau communautaire suite au manque de services de soins de santé accessibles. S'ils sont équipés des bonnes compétences et disposent de la connaissance nécessaire, les agents de santé communautaires (ASC) ont montré qu'ils arrivaient à dépister et à soigner certaines maladies

néonatales et infantiles, telles que la pneumonie<sup>40</sup> ou la septicémie. Selon les résultats préliminaires d'une étude faite à Shivgarh, en Inde, la mortalité néonatale a reculé de 50 % à l'aide de soins néonataux essentiels améliorés sans prestation de soins curatifs pour les maladies.<sup>41</sup> Une autre étude dans les zones rurales de l'Inde note une réduction de 62 % dans la mortalité néonatale lorsque les ASC fournissent des soins à domicile pour le nouveau-né, notamment réanimation pour asphyxie à la naissance et traitement de la septicémie à l'aide d'antibiotiques.<sup>42</sup> Cet essai insistait sur une formation intense des agents de santé communautaires ainsi que sur le suivi continu chaque mois de la part d'un personnel de projet dévoué. Certes, ce modèle ne se prête pas aisément à des contextes de programmes de grande envergure, mais il n'en dégage pas moins un enseignement utile montrant le soutien que peuvent apporter les agents de santé communautaires pour améliorer de bonnes pratiques de soins à domicile et reconnaître les bébés malades qui doivent être transférés vers un niveau supérieur de soins.

Les décideurs et les planificateurs des programmes doivent évaluer leurs propres situations locales et envisager des recherches opérationnelles pour évaluer la faisabilité des soins à domicile étendus à plus grande échelle dans leurs pays, car les aspects supervision et durabilité de ces soins peuvent s'avérer épineux. (Pour de plus amples informations sur l'expansion à plus grande échelle, voir Section IV.) Actuellement, la recherche opérationnelle est surtout réalisée en Asie du Sud et il est important de faire des études analogues en Afrique subsaharienne où est répandue le modèle de soins à domicile. Peu de pays africains comptent une stratégie nationale qui encourage une participation communautaire constante à la conception de programme, mise en œuvre et suivi/évaluation des programmes de santé. Les activités à base communautaire utilisant les meilleures pratiques ou des approches basées sur des données probantes sont souvent réalisées dans le cadre de projets soutenus par des bailleurs de fonds et cessent ou se ralentissent une fois que se termine le projet.

### **Possibilités que présentent les services mobiles/stratégie avancée et consultations externes**

Les stratégies avancées et les consultations externes améliorent la survie des femmes et des bébés puisqu'ils créent le lien nécessaire entre le ménage et l'hôpital de district, servant souvent de premier point d'entrée dans le système de soins de santé. Ce niveau de service rapproche la planification familiale, les soins prénatals et postnatals de la famille et du domicile. La plupart des pays en Afrique dispensent également des services mobiles

ou organisent une stratégie avancée pour étendre la couverture dans des régions peu desservies. C'est le personnel des établissements périphériques et de district qui dispense les soins dans des lieux choisis de la communauté, fournissant essentiellement des soins prénatals et infantiles et se concentrant sur le suivi de la croissance et les services de vaccination. Le programme Survie et Développement accélérés de l'Enfant (ACSD) - Accelerated Child Survival and Development - est un exemple de cette approche réussie reposant sur un solide partenariat et offrant des interventions sanitaires efficaces par rapport aux coûts (Encadré II.4). Ces stratégies avancées présentent de bonnes possibilités d'intégration par l'adjonction de soins postnatals fondamentaux et précoces pour la mère et le nouveau-né.

Les services mobiles de SPN peuvent également conseiller aux femmes enceintes de se rapprocher de l'établissement de santé avant que ne commence le travail. Pour cela, il faudrait encourager les femmes à venir habiter chez un membre de la famille dans une ville proche d'un établissement dès que commencent les premières contractions ou encore, ouvrir des maisons d'attente de maternité près d'un hôpital. Ces maisons d'attente, souvent administrées par des organisations non gouvernementales locales, sont des endroits où une femme enceinte et son compagnon peuvent attendre le moment des premières contractions. Actuellement, il en existe au Malawi, au Mozambique, au Nigeria et au Zimbabwe. Il devient donc plus facile, moins risqué, moins cher et moins traumatisant pour une femme de se rendre dans un tel établissement en attendant la naissance que si elle devait le faire au milieu d'une complication. (Voir Section III chapitre 3)

### **ENCADRÉ II.4 Programme accéléré de survie et de développement de l'enfant (ASDE)**

L'Afrique de l'Ouest est la région qui compte les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile les plus élevés au monde. Une vaste collaboration a démarré en 2002 entre 100 districts de 11 pays de l'Afrique de l'Ouest dans le but de mettre en place une approche à l'expansion progressive des interventions essentielles de santé infantile. Le partenariat est la clé de la réussite. Il est financé par le Gouvernement canadien et mis en œuvre par l'UNICEF. ASDE puise dans l'expertise de multiples intervenants, notamment des gouvernements et des ministères de la santé, de l'OMS, de la Banque mondiale, des organisations non gouvernementales, des ONG et des dirigeants communautaires locaux.

Les interventions du programme ASDE pour les enfants et les femmes enceintes sont regroupées dans une enveloppe de soins intégrés, efficaces par rapport aux coûts, le long des axes de la vaccination des enfants et des femmes enceintes, supplémentation en micronutriments, promotion de l'allaitement maternel, fourniture de solution de réhydratation orale pour la diarrhée et de moustiquaires pour protéger les enfants et les femmes contre le paludisme. Les interventions seront étendues lors de l'étape suivante à un plus grand nombre de pays avec l'adjonction d'autres interventions traitant de la santé néonatale. L'approche cherche essentiellement à étendre la couverture sanitaire aux communautés peu desservies en faisant appel aux activités communautaires pour rapprocher les services et les produits des familles. Les services communautaires s'accompagnent de programmes d'éducation des familles portant sur les comportements de soins de santé à domicile pour leurs enfants.

Jusqu'à présent, les évaluations ont montré que la couverture s'était étendue, surtout pour des interventions telles que la fourniture des MII, bien que les évaluations de l'impact sur la mortalité ne soient pas encore disponibles. L'UNICEF estime que les décès infantiles ont diminué d'une moyenne de 20 % dans les 16 districts où le programme était entièrement réalisé et de l'ordre de 10 % là où il n'était que partiellement appliqué.

Source : Référence<sup>43</sup>

## Possibilités par le biais des établissements de santé - centres de soins de santé primaires et hôpitaux de référence

Au sommet du système des soins de santé se trouve l'hôpital de district, servant d'établissement de référence, devant fournir un ensemble essentiel de services avec une composition donnée de personnel et équipement et fournitures à l'appui.<sup>19</sup> Pour sauver la vie du nouveau-né, les hôpitaux de district doivent pouvoir dispenser des soins obstétricaux d'urgence pour prendre en charge les complications, ainsi que des soins d'urgence pour toutes les grandes complications néonatales dont l'asphyxie à la naissance, la prématurité et les bébés d'un poids très insuffisant, ainsi que la septicémie. Une meilleure prise en charge de l'asphyxie à la naissance, des infections et des complications des naissances prématurées à l'hôpital permettrait de sauver jusqu'à 330 000 vies de nouveau-nés. L'amélioration de la qualité est aussi importante que la couverture plus étendue. Les audits sur les décès maternels et néonataux et la mortalité représentent un outil important qui permet de sauver des vies s'ils débouchent sur une action concrète.<sup>44,45</sup> L'Encadré II.5 traite d'un exemple de

l'Ouganda sur une approche en partenariat pour améliorer les soins dans un district rural.

Au niveau des soins primaires, les établissements périphériques et leur personnel devraient être préparés à apporter les soins lors des naissances sans complications, ainsi que les soins obstétricaux d'urgence de base et soins néonataux immédiats (hygiène, réchauffement, soutien des pratiques d'allaitement optimal et réanimation). En plus, ces hôpitaux devraient être en mesure de traiter les bébés malades et les bébés d'un poids insuffisant et de les orienter, si nécessaire, vers un niveau supérieur de soins. Il est d'importance critique d'apporter des soins supplémentaires à ces bébés, surtout les soins selon la Méthode de la mère kangourou (MMK), ainsi qu'un soutien supplémentaire pour l'alimentation pour sauver leur vie et encourager un développement sain. Des agents de santé avec des compétences obstétricales peuvent prendre les gestes salvateurs, dont la délivrance manuelle du placenta, l'extraction par ventouse et le diagnostic et le traitement du nouveau-né malade. Ce fait a encouragé certains pays à revoir les politiques nationales autorisant le personnel des établissements périphériques à exécuter ces interventions.

### ENCADRÉ II.5 Partenariat dans l'action pour améliorer les soins obstétricaux en Ouganda

Kiboga est un district rural de l'Ouganda et le Projet Save the Mothers Ouganda-Canada entre les communautés obstétricales et gynécologiques en Ouganda et au Canada est un exemple d'expansion de soins au niveau de l'établissement de santé grâce à des solutions novatrices basées sur un partenariat. Une analyse situationnelle initiale a montré que la plupart des accouchements avaient lieu à domicile et les consultations étaient d'abord traitées à la maison avec des remèdes disponibles à la maison. Ce projet de démonstration vise à augmenter la disponibilité et l'utilisation des services obstétricaux essentiels dans le district de Kiboga en Ouganda. L'équipe multidisciplinaire du projet à Kiboga comprend divers représentants sanitaires et communautaires : un obstétricien, des responsables médicaux, des sages-femmes, des infirmières et des défenseurs communautaires. Ce sont les sages-femmes locales qui ont vu combien il était important d'inclure les accoucheuses traditionnelles (AT) pour arriver à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales et ont également indiqué qu'elles souhaitaient améliorer leur relation avec les AT. On a encouragé ces dernières à orienter les femmes vers les consultations prénatales et à faciliter l'accès aux SOU en cas de complications.

Les principales interventions étaient les suivantes :

- Renforcement des compétences du personnel médical, notamment des sages-femmes, en ce qui concerne les SOU de base et les SOU complets.
- Rénovation des établissements de santé du district, sous l'angle équipement essentiel, fournitures et médicaments nécessaires pour les SOU.
- Suppression ou du moins baisse des barrières sociales et culturelles aux soins maternels en collaborant avec les AT.
- Amélioration de la communication et des transports pour les femmes ayant besoin de SOU, pour les transférer d'un niveau de soins au niveau supérieur.
- Evaluation des interventions de l'initiative du point de vue de leur faisabilité, impact et coût-efficacité.

Après 14 mois du projet, le district de Kiboga compte un établissement avec des soins obstétricaux essentiels complets, répondant ainsi au nombre minimal recommandé. L'ouverture de six centres de maternité dans le district comptant chacun des sages-femmes a aidé à améliorer la distribution géographique d'établissements dispensant au moins quatre des six services de soins obstétricaux essentiels de base. On note une augmentation impressionnante du nombre de femmes avec des complications obstétricales qui ont été traitées puisque cette proportion est passée de 4 % en 1998 à 47 % en 2000.

Source : Référence<sup>46</sup>

## Défis à l'expansion dans la continuité des soins

Certes, des possibilités se présentent dans cette continuité des soins, mais des défis se dressent eux aussi. Ces obstacles sont particulièrement évidents lorsqu'il s'agit d'atteindre le pauvre, les zones rurales et les populations reculées qui courent les risques les plus élevés et qui pourtant ont le moins accès aux soins. Les barrières aux soins vont au-delà du service de santé et touchent aux problèmes financiers et de transport. Ces obstacles, ainsi que d'autres, sont récapitulés sur le Tableau II.1 pour chaque mode de prestation de services - famille/communauté, consultations externes/services mobiles et soins cliniques. L'accent est mis sur les obstacles les plus courants touchant aux soins de la SMNI, surtout les soins du nouveau-né. Sont également récapitulées les causes profondes de ces obstacles accompagnées d'exemples de stratégies opérationnelles pour surmonter ces obstacles.

Les limitations des ressources humaines, surtout le manque de personnel qualifié, est une contrainte de taille.<sup>24</sup> De plus, le financement pour la SMNI est insuffisant vu la taille du problème, les coûts de la solution et les avantages pour les femmes, les bébés, les enfants ainsi que la santé et le développement des nations. La Section IV traite plus en détail de ces obstacles et d'autres défis auxquels se heurte le système de santé.

S'il faut relever les défis au niveau de l'établissement, il n'en reste pas moins que le fait que la majorité des naissances et des décès des nouveau-nés surviennent à domicile en Afrique signifie que des partenariats communautaires réussis, une bonne mobilisation sociale et éducation sanitaire, ainsi qu'une communication pour le changement de comportement sont également nécessaires pour sauver des vies. Certains déterminants socioculturels, dont l'inégalité entre les genres et le faible statut des femmes au sein du ménage et des communautés les empêchent souvent de consulter les services de santé ou de passer à l'action lorsque survient une complication.

## Conclusion

Une expansion plus rapide des interventions essentielles de la continuité des soins sera nécessaire si les pays de l'Afrique subsaharienne veulent atteindre le quatrième et le cinquième Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les services essentiels doivent parvenir à un plus grand nombre de familles, surtout les pauvres. La nouvelle attention accordée à la survie du nouveau-né afin d'atteindre l'OMD 4 accélère également les progrès vers l'OMD 5 puisqu'un grand nombre des interventions néonatales touchent également aux soins de la mère. L'attention passe du programme vertical à une continuité intégrée des soins pour répondre aux besoins des femmes, des nouveau-nés et des enfants. Les interventions, tant préventives que curatives, doivent se diriger en priorité sur le *moment* le plus critique - la naissance et les premiers jours de la vie, et l'*endroit* où les soins sont les plus nécessaires - à domicile ou proche du domicile, tout en gardant des liens étroits avec l'établissement de santé. Soutenir la santé du nouveau-né ne signifie pas qu'il faille un nouvel effort de programmes verticaux, mais bien davantage, il s'agit de renforcer et d'intégrer les services existants pour les rendre plus efficaces et plus adaptés aux besoins des mères, des nouveau-nés et des enfants. L'examen des soins du nouveau-né et de l'approche continuité des soins donne aux pays l'occasion de cerner et de combler les lacunes d'importance

**TABEAU II.1 Obstacles pour apporter au pauvre des services de santé néonatale par le biais de services familiaux/communautaires, mobiles et cliniques**

Obstacles	
Niveaux ménage, famille et communautaire	Déterminants sociaux de la santé, barrières à l'utilisation des services de santé, information inadéquate concernant les comportements sains à domicile et la consultation des services de santé
	Offre inadéquate de produits familiaux abordables pour la santé
	Manque d'agents communautaires et/ou manque de liens efficaces avec le système de santé
Services mobiles et consultations externes	Faible qualité des soins
	Offre irrégulière de produits essentiels et de diagnostics
	Faible demande des soins, utilisation tardive et manque d'observance
Soins cliniques (niveau primaire et de référence)	Manque de personnel compétent, surtout dans les régions difficiles à desservir
	Manque de qualité des soins dans le secteur public et privé
	Utilisation tardive des services et manque d'observance du traitement
	Barrières financières pour le pauvre/caractère abordable des services

Source : Adapté de la référence<sup>3</sup>  
De plus amples détails sur les stratégies opérationnelles et des exemples sont donnés à la Section IV.

Causes sous-jacentes	Stratégies opérationnelles
Pauvreté ; manque de mécanismes pour la participation communautaire ; messages inadaptés ou inappropriés ; mauvaise stratégie de diffusion ; pratiques culturelles nuisibles ; manque de cadre légal pour l'égalité entre les genres et le statut des femmes	Revoir les politiques liées au soutien familial et communautaire pour la SMNI Renforcer les groupes communautaires existants pour la mobilisation communautaire pour la SMNI Formuler des messages spécifiques et utiliser la distribution avec de multiples canaux, traiter les pratiques culturelles Envisager les plans de transport locaux et les plans de prêt d'urgence Promouvoir la collaboration intersectorielle (par le biais de l'assainissement, de l'éducation, etc.)
Accès et transport aux communautés Coût des produits ; marchés déficients ; manque de cadre légal pour la vente au détail des produits	Renforcer la logistique, y compris la distribution à base communautaire Mettre en place des systèmes de marketing social (MII, trousse pour accouchement propre) et des cadres légaux Subventionner éventuellement les produits
Politiques inconstantes pour les soins de santé primaires Rôles et formation mal définis, manque de supervision Dépend du volontariat, manque de rémunération ou autres incitations	Revitaliser les rôles des agents de santé communautaires pour mettre en priorité les activités à impact élevé et inclure rémunération ou autres récompenses et revoir les politiques pertinentes Concevoir des formations efficaces, fournir une supervision régulière et des recyclages Etablir les liens avec le système de santé
Manque de normes pour les soins ; les directives mondiales actuelles ne sont pas connues/adaptées/encouragées au niveau national ; manque de supervision et absentéisme ; différences sociales et culturelles entre le service et la communauté	Encourager des directives ou normes reposant sur des données probantes Renforcer la formation en cours d'emploi et avant l'emploi Supervision et incitations, pas forcément financières Le point de vue de la femme et de la communauté doit être intégré pour améliorer la qualité des soins
Mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement Problèmes de transport et échecs de la chaîne de froid	Formuler les politiques sur les produits essentiels Renforcer les compétences des équipes de gestion de l'approvisionnement Envisager la technologie adaptée
Manque d'information, expériences négatives avec le système de santé, distance et coût.	Education sanitaire Meilleurs liens avec les communautés Dialogue et mobilisation communautaire Participation communautaire à la conception de programme et à l'amélioration de la qualité Suivi des abandons, surtout pour la PCIME et la vaccination
Politiques inadéquates des ressources humaines ; personnel formé en faible nombre, faibles salaires, désincitations à travailler dans les zones rurales ; personnel qualifié confiné les zones urbaines ; absentéisme ; « fuite des cerveaux »	Plan de ressources humaines, y compris formation, distribution, rétention, combinaison des compétences de l'équipe, réglementation des agents de santé informels et qualifiés Envisager un paiement en fonction de la performance Primes pour postes difficiles, surtout en zone rurale
Manque de normes de soins ou normes ne sont pas connues ; sens d'urgence n'est pas reconnu ; formation ne se base pas sur les compétences ; faibles responsabilisation et motivation du personnel de santé ; manque de fournitures et de produits de base	Adapter et appliquer les directives cliniques Renforcer la formation avant l'emploi et en cours d'emploi, la supervision, l'assurance de qualité Audits cliniques et audits de mortalité pour les mères, les nouveau-nés et les mort-nés Améliorer la logistique de l'approvisionnement et des médicaments, y compris les services de laboratoire essentiels
Retards pour reconnaître la maladie, prendre les décisions et manque de transport ; écart social et culturel entre le personnel de santé et les patients, surtout les pauvres	Utilisation d'un ensemble de stratégies, y compris : préparatifs à la naissance et en cas d'urgence, plans de transport, plans de finances, maisons d'attente de maternité Exploiter la technologie des télécommunications pour une réponse à temps
Faibles revenus/ressources, manque de système de sécurité sociale Pratiques de corruption des prestataires du secteur public Coût élevé des soins du secteur privé	Protéger le pauvre à l'aide d'une gamme d'approches, notamment : exonération de paiement, fonds et prêts communautaires, soins subventionnés, financement conditionnel, assurance de maladie, remboursements sur bons pour les prestataires, responsabilisation du système de santé

critique qui entravent la prestation de services de qualité de SMNI dans les politiques nationales, la structure organisationnelle, la formation, les stratégies de programme ainsi qu'au niveau du suivi et de l'évaluation.

Nombreuses sont les possibilités de renforcer les services de santé maternelle, néonatale et infantile aux divers niveaux du système de soins de santé, avant et pendant la grossesse, tout au long de la période prénatale, lors de l'accouchement et lors des périodes post-natales jusque dans l'enfance plus avancée. Les services de SMNI peuvent être intégrés à des initiatives en cours telles que la promotion nutritionnelle et de l'allaitement maternel, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, les programmes de prévention du paludisme et les programmes de vaccination. La voie est ouverte pour un changement notable pour le nouveau-né en Afrique qui entraînera un effet positif sur le système de santé en général. Toutefois, privés d'un solide engagement de la part des gouvernements, des organisations professionnelles, des bailleurs de fonds, du secteur privé et de la société civile, l'intégration - et encore bien moins la mise en œuvre - n'est guère possible. Les neuf chapitres qui suivent dans la Section III discuteront plus en détail des aspects pratiques du renforcement et de l'intégration des programmes existants le long de la continuité des soins et la Section IV traitera d'aspects transversaux des systèmes de santé et des côtés pratiques de l'investissement et de l'expansion intégrée.



## Ressources de programme

- OMS. Rapport de la Santé dans le Monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- OMS. Rapport de la Santé dans le Monde 2005 : Notes d'orientation politique Un. Intégrer les programmes de santé maternelle, néonatale et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- De Graft-Johnson J, Daly P, Otchere S, Russell N, Bell R. Du foyer à l'hôpital : Continuum de soins maternels et néonataux. Baltimore, Maryland, The ACCESS Program, JHPIEGO; 2005.
- Sines E, Tinker A, Ruben J. Le continuum de soins du niveau maternel aux niveaux néonatal et infantile : un effort collectif pour sauver des vies. Washington, DC, Save the Children et Population Reference Bureau; 2006.
- Tinker A, Ransom E. Des mères en bonne santé, des nouveau-nés en bonne santé : un lien vital. Washington DC, Save the Children et PRB ; 2002.
- Otchere S et Ransom E. Bringing Care Closer to Mothers and Newborns: using the Gap Analysis Tool to develop a home to hospital continuum of care. Washington, DC, Save the Children; 2005.
- Lovich R, Rubardt M, Fagan D, Powers M. Partnership defined quality: a tool book for community and health provider collaboration for quality improvement. Washington, DC, Save the Children; 1996.
- Howard-Grabman L et Snetro G. How to mobilize communities for health and social change. Baltimore, MD, Health Communication Partnership.

# Possibilités

de dispenser des soins néonataux dans le cadre des programmes existants

**Cette section fait une vue d'ensemble des possibilités de renforcer les enveloppes de soins essentiels de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) le long de la continuité des soins :**

**CHAPITRE 1.** Soins pour les filles et les femmes avant la grossesse

**CHAPITRE 2.** Soins prénatals

**CHAPITRE 3.** Soins à l'accouchement

**CHAPITRE 4.** Soins postnatals

**CHAPITRE 5.** Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (SMNI)

**CHAPITRE 6.** Promotion de la nutrition

**Trois chapitres discutent des possibilités d'intégrer la SMNI à d'autres programmes essentiels**

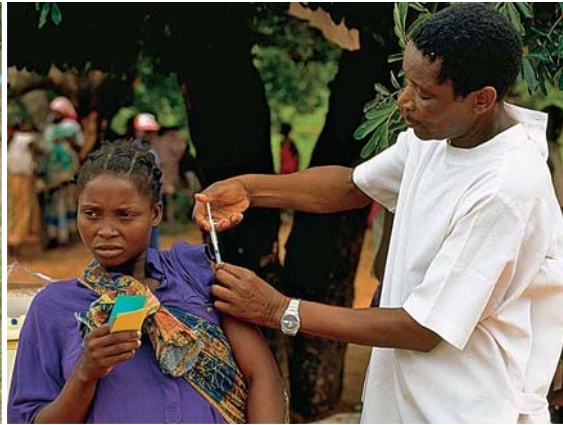
**CHAPITRE 7.** Programmes de prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH

**CHAPITRE 8.** Programmes de lutte contre le paludisme

**CHAPITRE 9.** Programmes de vaccination

Chaque chapitre dans cette section présente un tableau d'ensemble des enveloppes/programmes, des possibilités et lacunes, des études de cas, des étapes suivantes ainsi qu'une liste des ressources et références essentielles pour la SMNI.







## Soins pour les filles et les femmes avant la grossesse

Maureen Norton, Trish MacDonald, Winnie Mwebesa, Luwei Pearson

Une mauvaise nutrition, des pratiques nuisibles, telles que le mariage précoce et la mutilation génitale de la femme (MGF), ainsi qu'un accès inégal à l'éducation sont autant de facteurs contribuant à la mauvaise santé des femmes et de leurs nouveau-nés et enfants tout au long du cycle de la vie. Chaque année, des millions d'adolescentes en Afrique tombent enceintes. Une grossesse trop précoce et des grossesses trop nombreuses comportent un risque accru de complications et de décès pour les mères, les bébés qui ne sont pas encore nés, ainsi que les nouveau-nés, et sont également corrélées à un risque plus élevé de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA.

Dans une région où une grossesse précoce et une fécondité élevée sont la norme, il devient particulièrement important d'apporter une éducation et des conseils sur la nécessité d'espacer la prochaine grossesse de 24 mois au moins après la dernière naissance. Il est impératif, dans le contexte africain, d'utiliser une double protection, tant pour prévenir des grossesses non souhaitées que les IST, y compris le VIH.

La santé et la survie du nouveau-né reposent sur la responsabilisation et la promotion sanitaire tout au long du cycle de la vie, y compris la nutrition et l'éducation, la prévention de la MGF, ainsi que l'espacement et la planification des naissances. Comment une approche plus complète au bien-être des filles et des femmes peut-elle faire progresser la santé maternelle néonatale et infantile en Afrique ? Quels sont les défis et comment pourra-t-on les relever ?



## Problème

Le bien-être des femmes et des filles est étroitement lié à la nutrition, à l'éducation et aux services de santé qu'elles obtiennent tout au long du cycle de la vie. Lorsque les filles sont sous-valorisées, sous-alimentées, sous-éduquées et qu'elles tombent enceintes trop jeunes et trop souvent, les répercussions sont prononcées pour elles mais moins évidents seront les effets sur la santé et la survie de leurs enfants.

**Effets sur les jeunes filles et les femmes :** L'éducation offre des possibilités de progresser dans la vie et de renforcer l'estime de soi-même et pourtant, des millions de filles africaines ne fréquentent pas l'école. La prévention de grossesses non souhaitées et d'infections sexuellement transmissibles (IST) demande une estime de soi-même et des compétences de négociation ainsi que des contraceptifs qui offrent une double protection - c'est-à-dire, une protection contre la grossesse et également contre les IST, surtout le VIH/SIDA.<sup>1</sup> En Afrique, pour chaque garçon nouvellement infecté par le VIH, on compte entre trois et six filles nouvellement infectées.<sup>2</sup>

Un grand nombre de femmes africaines deviennent victimes de la violence sexo-spécifique, même à un jeune âge. La mutilation génitale de la femme (MGF), souvent appelée 'circoncision féminine,' est une procédure supposant l'ablation, partielle ou totale, des parties génitales externes d'une femme et autres traumatismes imposés aux organes génitaux d'une femme en invoquant des raisons culturelles, religieuses ou autres causes non thérapeutiques. Généralement, la MGF est pratiquée sur des fillettes qui ont 10 ans ou moins. Non seulement la MGF est-elle une violation des droits de la femme mais en plus, de nouveaux faits démontrent que la MGF a des effets très graves sur la santé de la femme et de leurs nourrissons : les femmes soumises à une MGF sont nettement plus susceptibles d'avoir des complications pendant l'accouchement.<sup>3</sup> Les filles de moins de 14 ans sont exposées au risque le plus élevé. La MGF est reliée indirectement à une autre tragédie de santé - les fistules obstétricales - qui affligent 100 000 jeunes filles - dont la plupart sont en Afrique.

Des millions d'adolescentes de moins de 18 ans tombent enceintes chaque année en Afrique. Des taux de grossesse élevés de l'adolescente sont dus à un âge précoce au mariage, mais également à une faible utilisation des contraceptifs. Des enfants qui donnent naissance à des enfants tendent à être isolées et manquent d'accès aux services de santé et à l'éducation.<sup>4</sup> Une étude faite en Amérique latine sur la grossesse de l'adolescente constate qu'après ajustement pour tenir compte de 16 importants facteurs interférents, les adolescentes âgées de 15 ans ou moins étaient exposées à des risques plus élevés de mourir pendant l'accouchement et de souffrir d'anémie, comparé aux femmes âgées de 20 à 24 ans. En outre, toutes les adolescentes courent un risque plus élevé d'avoir un travail dystocique, exigeant des soins spéciaux à l'accouchement, une épisiotomie et entraînant le danger d'une hémorragie du post-partum et de graves infections.<sup>5</sup>

**Effets sur les nouveau-nés :** Des grossesses à un âge trop jeune, trop rapprochées ou trop tardives dans la vie d'une femme entraînent des risques plus élevés de mortinatalité et de mortalité du nouveau-né. Ce sont des taux élevés de grossesses chez les adolescentes qui expliquent la raison pour laquelle l'Afrique subsaharienne compte les taux de mortalité les plus élevés pour les jeunes mères et leurs bébés. Les adolescentes courent un risque plus élevé que leurs bébés naissent prématurés et petits pour l'âge gestationnel.<sup>5</sup> La MGF est également liée à des risques nettement plus grands pour le bébé lors de la naissance.<sup>3</sup>

**Effets sur les enfants :** Une bonne nutrition commence pendant la grossesse et doit être maintenue chez les nouveau-nés et chez les enfants. Si une autre grossesse survient trop rapidement, une mère risque d'arrêter d'allaiter le premier bébé, l'exposant ainsi à un risque. Lorsque les femmes tombent enceintes plus tôt que prévu, les enfants plus âgés risquent de ne plus recevoir les services nécessaires (vaccinations) ou des soins rapides en cas de maladie.

Ce chapitre est une vue d'ensemble de la promotion de la santé et de la responsabilisation tout au long du cycle de la vie. Il brosse le tableau de la situation actuelle en Afrique concernant la nutrition et l'éducation des filles, ainsi que la prévention de pratiques nuisibles comme la MGF. Nous parlerons ensuite des avantages de l'espace et de la planification des naissances surtout pour les jeunes filles. Toute possibilité de renforcer les soins avant la grossesse est mise en relief au vu de la proportion élevée de filles dont les grossesses ne sont pas planifiées et de femmes qui auraient préféré espacer leurs naissances d'au moins deux ans, mais qui n'ont pas été en mesure de le faire. Des actions pratiques sont proposées pour améliorer la santé des filles et des femmes avec tous les bénéfices que cela comporte également pour les bébés.

## Promotion de la santé et responsabilisation tout au long du cycle de la vie, surtout pour les adolescentes

### Nutrition essentielle pour les filles et les femmes

Une bonne nutrition au moment de l'enfance et tout au long de l'adolescence est le fondement même d'une reproduction saine. Les effets de la sous-alimentation se font sentir sur plusieurs générations - les filles qui sont petites ont tendance à avoir de petits bébés (Figure III.1.1).<sup>6</sup> Les naissances prématurées et les retards de croissance in utero sont parmi les grandes causes de l'insuffisance pondérale à la naissance (IPN). En Afrique, des infections comme le paludisme ont de graves conséquences alors que les solutions sont bien connues. La sous-alimentation des

filles et des femmes enceintes est également répandue, surtout dans les régions qui connaissent souvent des famines ou une insécurité alimentaire saisonnière.<sup>7</sup> Les femmes continueront à travailler dur dans les champs alors que l'accouchement se rapproche, d'où un risque plus élevé de retard de croissance du fœtus et de naissance prématurée. Il faudra changer les normes sociales et les tabous alimentaires et apporter une promotion sanitaire pour améliorer la nutrition pendant la grossesse.

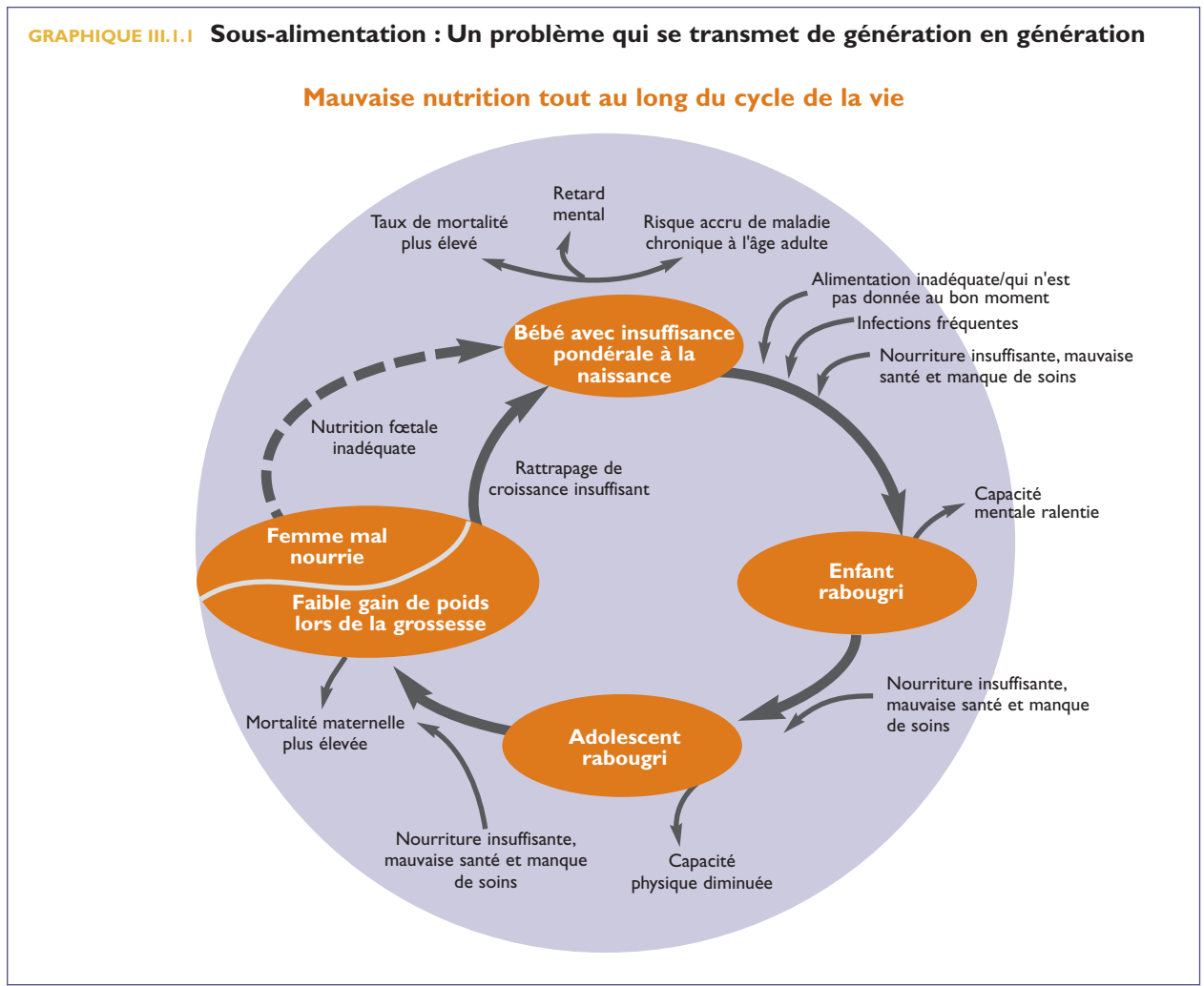
Les deux premières années de la vie représentent un moment crucial pour rompre le cycle vicieux de la malnutrition. Après la naissance, il est très important de pratiquer un allaitement immédiat et exclusif pendant six mois suivi de l'introduction d'aliments complémentaires pour améliorer la santé et la survie des nouveau-nés et des enfants. Le chapitre 6 de la Section III apporte de plus amples informations sur les actions nutritionnelles essentielles.

### Eduquer tous les enfants, surtout les filles

L'éducation offre l'occasion d'acquérir une connaissance et des compétences et d'enrichir ainsi les perspectives d'avenir dans la vie. Par contre, la pauvreté et les inégalités empêchent des millions de filles de fréquenter l'école. Un suivi est fait des écarts entre garçons et filles sur le plan éducation à l'appui des cibles d'éducation universelle (OMD 2) et d'égalité entre les genres (OMD 3), liées aux Objectifs du Millénaire pour le

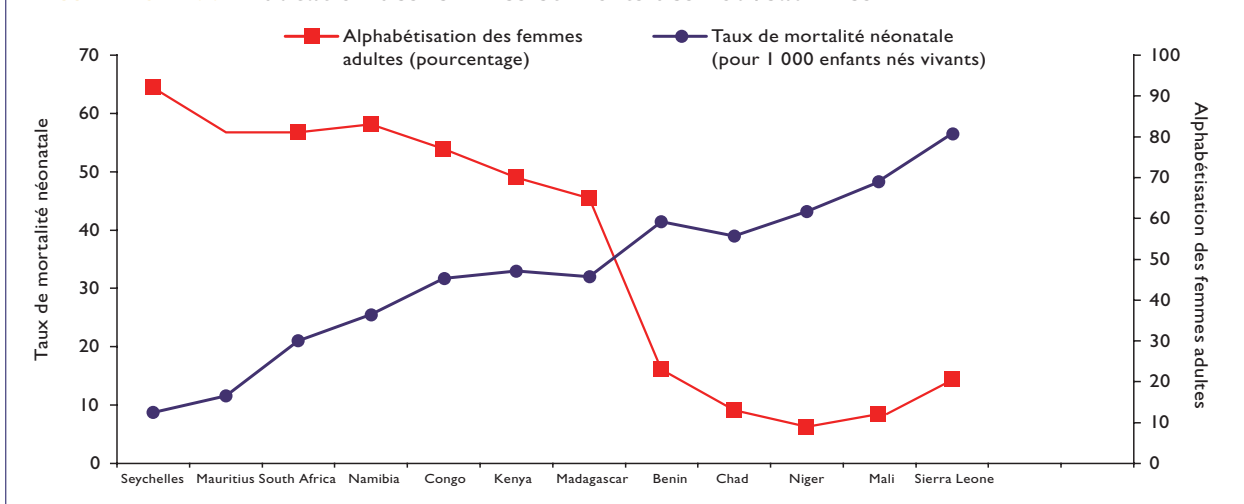
Développement. Si, dans le monde, ces écarts semblent disparaître au niveau de l'éducation primaire, en Afrique pourtant, il existe encore plus de garçons assis sur les bancs de l'école que de filles. Seules 49 % des filles achèvent le primaire et seules 30 % poursuivent une éducation secondaire en Afrique subsaharienne.<sup>8</sup> Les avantages de l'éducation s'étendent sur toute la vie. En effet, les femmes instruites sont plus susceptibles d'aller consulter les services de santé lors de la grossesse et de l'accouchement et des sociétés avec des filles plus éduquées ont des taux de mortalité néonatale plus faibles (Figure III.1.2). Au niveau individuel, après ajustement pour tenir compte des facteurs interférents, une mère instruite signifie risque moindre de mourir pour son enfant.<sup>9</sup> Et pourtant, l'éducation est hors de portée pour de nombreuses personnes, surtout pour les pauvres.

La pauvreté pourtant ne doit pas forcément être une barrière à l'éducation des filles. Le revenu national brut (RNB) du Kenya par an et par habitant n'est que de 460 \$US et pourtant, il existe pratiquement autant de filles que de garçons qui fréquentent l'école primaire et le nombre de filles dans les écoles secondaires s'accroît régulièrement. Le gouvernement national a encouragé ce progrès en rendant gratuite l'éducation primaire en 2003 et déploie des réformes supplémentaires axées sur l'accès scolaire et l'achèvement des études pour les filles. L'accès à l'éducation est également en train de s'élargir au Cameroun, pays avec un RNB par habitant de 800 \$US uniquement. Le pays constate une augmentation de 15 %



Source : Adapté de la référence à la Commission nommée par l'ACC/SCN sur les problèmes de nutrition au 21<sup>e</sup> siècle.

**ILLUSTRATION III.1.2 Éducation des femmes et morts des nouveau-nés**



Source : Adaptée à partir de la référence<sup>9</sup>, données tirées des références<sup>11,12</sup>, et enquêtes récentes sur la démographie et la santé. Se reporter aux notes sur les sources de données en page 226. Ce tableau a été mis à jour d'après la version anglaise afin de prendre en compte les données les plus récentes.

dans la scolarisation des filles pour le primaire depuis 1990 et a lancé une initiative d'envergure nationale pour améliorer le contexte d'apprentissage et élargir l'accès à l'éducation.<sup>2</sup>

### Donner les moyens aux filles et femmes de prendre en main leur destin et changer les normes et politiques sociales

Une meilleure nutrition et un accès élargi à l'éducation et aux services de santé ne suffiront pas pour susciter des changements durables dans la vie des filles en Afrique. La participation et la responsabilisation communautaires sont des préalables de leur santé.<sup>13</sup> L'autonomisation des filles et des femmes demande qu'elles disposent de plus de biens et soient en mesure de participer à la vie publique, de négocier, d'influencer les décisions et de demander des comptes aux institutions qui régissent leur existence. Un grand nombre de familles africaines vivent dans des conditions précaires et de privation où les femmes et leurs nouveau-nés sont particulièrement vulnérables. Les stratégies d'autonomisation et d'habilitation devraient se concentrer sur ces groupes marginalisés pour leur donner les moyens nécessaires leur permettant de changer les conditions néfastes pour les femmes et leur famille leur donnant accès aux ressources sociales qui encouragent la santé.<sup>14</sup>

Des activités éducationnelles et de mobilisation de revenus engageant des intervenants autres que ceux de la santé, par exemple, des dirigeants politiques et religieux et les hommes, sont au titre de ces stratégies multisectorielles qui donnent aux filles et aux jeunes femmes les moyens de prendre en main les rênes de leur vie. Des changements devront être portés aux lois locales pour vérifier que les droits stipulés dans la *Convention internationale des Droits de l'Enfant* sont effectivement respectés. Les communautés en Ethiopie sont en train d'élever l'âge au mariage et de prendre une action légale pour le vérifier (Encadré III.1.1). Les défenseurs de la santé en Egypte travaillent avec les dirigeants religieux et d'autres groupes non sanitaires pour aider les familles à comprendre les risques d'un accouchement précoce et annuel (Encadré III.1.3). Certaines communautés ont effectivement réussi à changer les normes sociales concernant les pratiques nuisibles, telles que la violence conjugale, les rapports sexuels transactionnels et les relations sexuelles forcées, tout particulièrement dans des sociétés où le VIH/SIDA a permis de dénoncer davantage la violence à l'égard des femmes.

### Vérifier que les filles sont protégées contre la mutilation génitale féminine

La MGF est pratique courante dans certains pays africains : plus de 100 millions de femmes et de filles dans le monde auraient subi cette mutilation. De nos jours, on pratique les types suivants de mutilation génitale de la femme :

- Type I (MGF I) - ablation du prépuce avec ou sans ablation du clitoris.
- Type II (MGF II) - ablation du clitoris avec ablation partielle ou totale des petites lèvres
- Type III (MGF III) - ablation ou d'une partie ou de l'intégralité des parties génitales externes et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation)

Les coutumes changent d'un pays à l'autre bien qu'en général la MGF soit pratiquée sur des fillettes de moins de 10 ans et elle comporte toujours de graves risques pour la santé. Les femmes qui ont subi la forme la plus grave de la MGF auront en moyenne 30 % de plus de césariennes que celles qui n'ont pas eu de MGF.<sup>3</sup> Parmi celles qui ont subi la MGF III, on note une augmentation de 70 % dans le taux d'hémorragie du post-partum comparé aux femmes sans MGF. En ce qui concerne les conséquences pour les nouveau-nés, les chercheurs ont constaté que les bébés dont les mères avaient eu une MGF avaient davantage besoin de réanimation (66 % plus élevé chez les femmes avec une MGF III). La mortalité et le taux de mortalité néonatale précoce pour les bébés sont également plus élevés pour ceux dont les mères ont subi une MGF : 32 % plus élevé chez celles avec une MGF II et 55 % plus élevé chez celles avec une MGF III. En Afrique, d'après les estimations, 10 à 20 bébés en plus mourront pour 1 000 accouchements suite à une MGF.<sup>3</sup> Les chercheurs notent que les conséquences d'une MGF ou les répercussions à plus long terme, telles que les infections du post-partum, les fistules et une mortalité néonatale et infantile plus tardive n'ont pas pu être étudiées puisque les résultats de l'étude se limitaient à ceux se présentant pendant que les femmes étaient encore à l'hôpital après l'accouchement.<sup>3</sup>

### ENCADRÉ III.1.1 Mariage précoce en Ethiopie

Dans la région d'Amhara en Ethiopie, la moitié de toutes les filles sont mariées avant l'âge de 15 ans. La plupart d'entre elles sont promises même avant et doivent vivre dans la famille de leur futur mari dès l'âge de neuf ou dix ans. Le mariage précoce est l'une des nombreuses pratiques néfastes que l'on trouve surtout dans les zones rurales, au même titre que la mutilation génitale de la femme, l'enlèvement et les accouchements sans aide qualifiée. Les conséquences d'un mariage précoce sont effroyables. Les filles qu'on marie à un tel jeune âge souffrent de graves conséquences sur le plan physique, émotionnel, économique et social. Les choses pourraient changer avec l'engagement des dirigeants communautaires et religieux et en donnant aux filles les moyens de prendre en main les rênes de leur vie. Des lois devront également être promulguées pour annuler le mariage précoce.

Source : Référence<sup>15</sup>



Peu de pays en Afrique ont réussi à faire reculer l'incidence de la MGF malgré les interdictions frappant cette pratique dans de nombreux pays.<sup>8</sup> Un grand nombre de sociétés et de gouvernements constatent combien il est difficile de faire respecter ces interdictions car la MJF est liée étroitement à l'identité sociale et aux perspectives de mariage d'une femme. Certains pays pourtant progressent dans le bon sens. Au Sénégal, par exemple, plus de 1 600 villages ont mis fin à la MGF, représentant plus de 30 % de la population pratiquante. En attendant, il existe de bonnes possibilités de réduire les souffrances provenant de la MGF et de traiter ses complications :

- *Préparation à l'accouchement et préparatifs en cas d'urgence dans le cadre des soins prénatals.* Il est important d'apporter des conseils aux femmes ayant subi une MGF concernant le risque accru d'un travail prolongé et la nécessité d'accoucher dans un établissement de santé, surtout pour les premières naissances (Section III chapitre 2). On peut également rapprocher les femmes qui courent un risque plus élevé de complications suite à une MGF des soins qualifiés et soins d'urgence, par exemple, en les plaçant dans des maisons d'attente de maternité lorsque s'approche le moment de l'accouchement. Les CPN et soins lors de l'accouchement sont également des moments propices à une discussion avec la mère sur le fait d'éviter une MGF pour son propre bébé si c'est une fille.
- *Formation en matière de soins qualifiés à l'accouchement et disponibilité des fournitures et de l'équipement.* Les établissements de santé et les prestataires de soins de santé doivent être équipés et compétents pour apporter conseils et services aux femmes avec une MGF au moment de l'accouchement. Il faut notamment avoir sous la main une trousse pour l'épisiotomie et utiliser un partogramme pour suivre le travail. Le personnel doit être capable de réparer les lésions, de traiter les infections et de donner des conseils sur la planification familiale et l'espacement des naissances. Pour de plus amples détails sur ces possibilités, voir Section III chapitre 3.

### Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles, surtout chez les adolescentes

Partout en Afrique, la santé sexuelle et reproductive des filles est souvent mise en péril à un jeune âge. L'âge moyen lors des premières relations sexuelles chez les filles en Afrique avance de

plus en plus et pourtant, 20 % des filles de moins de 15 ans et 77 % des filles de moins de 20 ans deviennent sexuellement actives - pourcentages les plus élevés de toute région du monde en développement.<sup>4</sup> Non seulement la santé des jeunes filles souffre-t-elle d'une grossesse non désirée, mais elles courent également un risque disproportionné de contracter des IST y compris le VIH. En plus, la violence sexuelle entraîne, elle aussi, bien souvent des IST, l'infection à VIH et une grossesse. Les IST sont la cause de nombreux problèmes de santé pour les femmes et leurs enfants pas encore nés, notamment les inflammations pelviennes, la stérilité, la mortalité et l'IPN. Les IST augmentent également le risque de contracter et de transmettre le VIH (Section III chapitre 7).

Les adolescentes et les jeunes mères, celles qui le sont pour la première fois, comptent différents besoins sur le plan santé et font face à des risques de nature unique. Et pourtant, ce n'est pas un problème uniquement pour les jeunes femmes. Les programmes de santé sexuelle des adolescents doivent sensibiliser les filles et les garçons et leur donner les moyens de faire des choix sains dans la vie. Les filles doivent disposer de l'information leur montrant comment elles peuvent avoir une grossesse souhaitée au bon moment, comment éviter les IST et le VIH/SIDA et comment mener à terme une grossesse saine et avoir un accouchement sans risques. Il faut apprendre aux jeunes mères comment elles peuvent prendre soin de leurs bébés et d'elles-mêmes. Les garçons eux aussi doivent être engagés et comprendre les risques et les responsabilités découlant de leurs choix.

### Planification et espacement sains de la grossesse

L'Afrique subsaharienne est la région qui compte l'indice synthétique de fécondité le plus élevé (en moyenne, 5,5 enfants pour une femme pendant sa vie), le taux de croissance de la population le plus élevé (2,4 %) et le taux de prévalence de la contraception le plus faible (23 %).<sup>12</sup> Autant de comportements guère favorables à la santé que renferment ces données : des grossesses trop tôt, trop nombreuses et trop rapprochées.

#### Trop tôt - des enfants qui ont des enfants

C'est en Afrique subsaharienne que l'on constate les taux de grossesse de l'adolescente les plus élevés au monde puisqu'une fille sur quatre aura accouché à l'âge de 18 ans.<sup>17</sup> Les bébés avec des mères aussi jeunes sont plus susceptibles de mourir. Des



taux élevés de grossesse de l'adolescente sont également attribués à un jeune âge au mariage. Au Tchad, au Mali, en Guinée et au Niger, l'âge médian au mariage est inférieur à 17 ans. Dans la région d'Amhara, en Ethiopie, 50 % des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans (Encadré III.1.1).<sup>15</sup>

Les adolescentes mariées et non mariées ont des grossesses non planifiées et non souhaitées, même dans des pays où le mariage et la grossesse précoces sont la norme (Figure III.1.3). Les mères mariées âgées de 15 à 19 ans qui indiquent que leur grossesse n'était pas souhaitée se situent dans une fourchette allant de moins de 15 % au Niger et au Nigeria à plus de 50 % au Ghana.<sup>18</sup> La majorité des adolescentes non mariées indiquent que leur grossesse n'était pas souhaitée (60 % à 90 %).

### Trop nombreuses et trop rapprochées

Cinq pour cent seulement des femmes africaines qui viennent juste d'accoucher souhaitent un autre enfant dans les deux années qui suivent.<sup>19</sup> Et pourtant, malgré leur souhait d'espacer de manière saine les grossesses, un grand nombre de ces femmes se trouvent dans l'incapacité d'obtenir des services contraceptifs rapidement après l'accouchement, d'où des taux de fécondité élevés et des problèmes de santé pour elles-mêmes et leurs enfants.<sup>17</sup>

Des experts lors d'une consultation technique de l'OMS en 2005 sur l'espacement des naissances ont recommandé un intervalle accouchement-à-naissance après une naissance vivante d'au moins 24 mois avant de souhaiter une autre grossesse.<sup>20</sup> Cette recommandation découle d'une méta-analyse démontrant que si on compare à des intervalles accouchement-à-naissance de 18 à 23 mois, des grossesses se présentant moins de 18 mois après le dernier accouchement, et surtout dans les six mois après le dernier accouchement, ou plus long que 59 mois sont corrélées à un risque nettement accru de bébés naissant avec une IPN. Ces bébés sont prématurés et naissent petits par rapport à l'âge gestationnel.<sup>21</sup> L'IPN, et surtout l'IPN liée à la prématurité, est corrélée à une mortalité néonatale accrue (Encadré III.1.2).

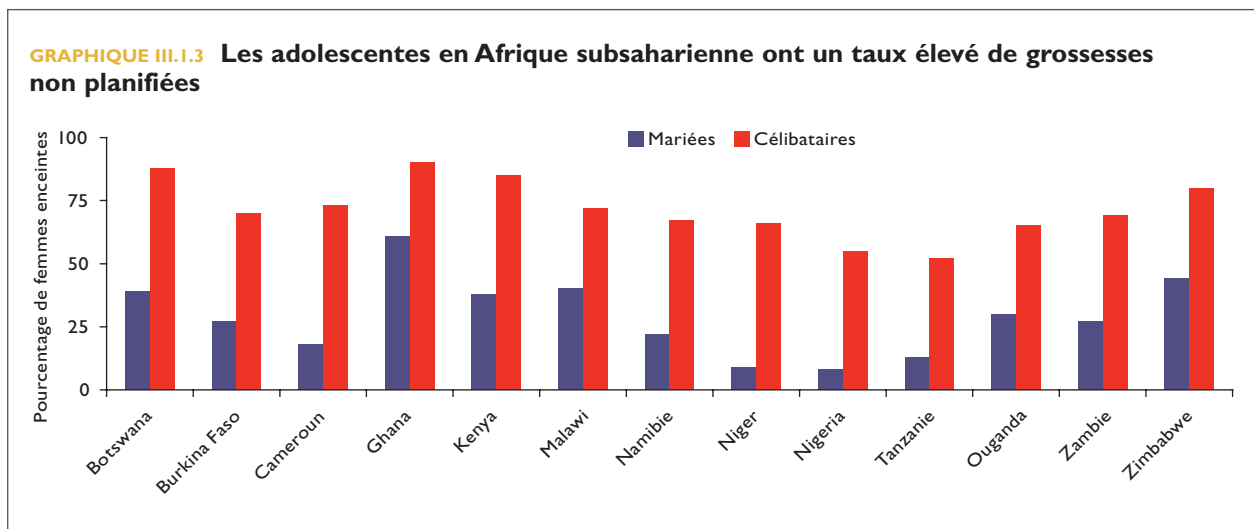
Après une fausse couche ou un avortement provoqué, des intervalles de grossesse inférieurs à six mois sont liés à un risque nettement accru de faible et très faible poids à la naissance, naissance prématurée et très prématurée, petite taille du bébé pour l'âge gestationnel, anémie maternelle et rupture prématurée des membranes.<sup>22</sup>

### Possibilités de promouvoir une bonne planification et un espacement sain des grossesses

Un grand nombre de filles connaissent des grossesses non souhaitées et un grand nombre de femmes ont des grossesses plus rapprochées qu'elles ne le souhaiteraient et pourtant la prévalence de la contraception est faible. Nul doute, l'Afrique compte un niveau élevé de besoin non satisfait pour des services de planification familiale. Les comportements suivants permettent, à l'accord de tous, de sauver la femme, du bébé et de l'enfant et d'améliorer la santé :

#### Remettre la première grossesse jusqu'à l'âge de 18 ans.<sup>24,25</sup>

Si dans un grand nombre de pays africains, les taux de grossesse sont élevés chez les adolescentes, dans d'autres par contre ils restent faibles. Par exemple, seuls 10 % des adolescentes dans les Comores et au Rwanda ont déjà été enceintes. L'Erythrée et l'Ouganda sont arrivés à faire reculer nettement la grossesse de l'adolescente de 9 % et 11 %, respectivement, depuis 1995. Les programmes cherchent à aider les jeunes filles récemment mariées à attendre le moment de la première naissance et ouvrent un point d'entrée dans le système de santé pour celles qui tombent enceintes (Encadré III.1.1).



Source : Adapté de la référence<sup>18</sup>

### ENCADRÉ III.1.2 Rapport OMS d'une consultation technique sur l'espacement des naissances : les grossesses à 24 mois au moins après la dernière naissance réduisent le risque de décès maternel, néonatal et infantile

**Que savons-nous déjà ?** Depuis un siècle au moins, nous sommes au courant des effets nuisibles de grossesses trop rapprochées. Les années 80 ont vu des progrès en ce domaine puisque les chercheurs ont commencé à tenir compte d'autres caractéristiques connexes, telles que l'âge maternel, la pauvreté et l'éducation de la mère. Et pourtant, des directives spécifiques faisaient défaut et les programmes continuaient à diffuser des messages différents concernant l'espacement idéal entre les naissances. Des publications de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations internationales recommandaient d'attendre au moins deux à trois ans d'une grossesse à l'autre afin de réduire la mortalité infantile et juvénile et pour bénéficier de la santé maternelle. Par ailleurs, des études récentes soutenues par l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) indiquent que des intervalles génésiques de trois à cinq ans seraient probablement plus bénéfiques. Les programmes ont demandé des informations et des directives plus précises sur l'espacement recommandé.

**De quelle nouvelle information disposons-nous ?** Plusieurs études et analyses ont été publiées récemment dont une méta-analyse de 131 pays (sept de l'Afrique)<sup>21</sup> et une analyse de 17 enquêtes démographiques et de santé (EDS) sont sept provenant des pays de l'Afrique subsaharienne.<sup>23</sup> L'un des problèmes en comparant les études concerne la différence dans les intervalles évalués dans différentes études, par exemple, accouchement-à-accouchement, grossesse-à-accouchement ou grossesse-à-grossesse. Pour de plus amples informations sur les définitions de ces intervalles, le lecteur est prié de se reporter à la fin du présent chapitre. De plus, on note une divergence dans certains des résultats évalués.

Récapitulons les résultats des données envisagées lors d'une réunion technique de l'OMS : les intervalles accouchement-à-grossesse de six mois ou moins sont liés à un risque accru de mortalité maternelle. Les intervalles accouchement-à-grossesse d'environ 18 mois ou moins sont liés à un risque nettement accru de mortalité néonatale et infantile, d'insuffisance pondérale à la naissance, de petite taille pour l'âge gestationnel et de naissance prématurée. Les études ont avancé des données sur l'éventualité d'un certain risque associé à des intervalles de 18 à 27 mois, bien que l'on ne sache pas quels sont les intervalles dans cette fourchette. Des lacunes ont été notées dans les recherches et des travaux sont en cours à cet effet.

**Qu'est-ce que cela signifie pour les programmes ?** Le consensus de la réunion indique que les couples devraient attendre au moins 24 mois après une naissance vivante et six mois après un avortement provoqué ou une fausse couche avant d'envisager une prochaine grossesse. Les risques et avantages de santé en plus d'autres circonstances et préférences personnelles doivent être envisagés dans la discussion sur l'espacement optimal pour chaque individu et couple. On s'est mis d'accord pour soutenir les programmes afin qu'ils apportent une information postnatale claire aux femmes et aux familles sur l'espacement et en vérifiant la constance avec le message sur l'allaitement maternel pendant 24 mois au moins.

**Quelles sont les questions qui subsistent ?** Une analyse supplémentaire est en cours pour peaufiner cette recommandation et définir clairement l'intervalle optimal d'espacement des naissances. De plus, on a retenu, en tant que priorité, une recherche complémentaire et documentation des programmes visant à soutenir les femmes et les couples afin qu'ils puissent réaliser leurs intervalles d'espacement souhaités.

Source : Adapté de la référence<sup>20</sup>

**Après une naissance vivante, attendre au moins 24 mois avant la prochaine grossesse pour diminuer le risque, tant pour les mères que pour les bébés.** Les recommandations sur les intervalles accouchement-à-naissance ont été harmonisées à un niveau mondial dans le cadre du Rapport de l'OMS sur une consultation technique de l'espacement des naissances.<sup>20</sup> Si on fournit aux femmes une gamme de méthodes efficaces de planification familiale, surtout pendant la période post-natale, elles pourront espacer les naissances à des intervalles sains. Des approches novatrices et multisectorielles sont nécessaires pour éduquer les femmes et les filles sur les avantages de l'espacement des naissances. Le projet Tahseen en Haute Égypte

est un exemple montrant comment divers intervenants ont été mobilisés pour aider les femmes et les familles à prendre des décisions saines sur la grossesse (Encadré III.1.3).

**Après une fausse couche ou un avortement provoqué, attendre au moins six mois avant de tomber à nouveau enceinte pour réduire les risques, tant pour la mère que pour le bébé.**<sup>20</sup> On recommande généralement d'attendre trois mois après une fausse couche et pourtant, une étude faite en Amérique latine montre que les intervalles de grossesse inférieurs à six mois après une fausse couche ou un avortement comportent un risque élevé.<sup>22</sup> Cette recommandation s'inspire d'une étude

### ENCADRÉ III.1.3 Le Projet Tahseen en Haute Égypte : Utilisation accrue des services de planification familiale et de SMNI grâce à l'éducation en espacement des naissances pour les familles et aux réseaux sociaux influents

Le Projet Tahseen financé par l'USAID en Haute Égypte montre que l'on peut accroître en un temps court l'utilisation de la planification familiale. Les activités du projet portent sur les conseils aux femmes et à leur famille concernant un espacement des naissances sain - montrant qu'un meilleur espacement des naissances est une intervention efficace pour les femmes et les enfants. Ce projet, couvrant une population de 1,5 million de personnes, a employé une approche multisectorielle, mobilisant les dirigeants religieux et politiques pour qu'ils fassent passer des messages sur l'importance d'un bon espacement des naissances. L'évaluation faite grâce à une enquête auprès des ménages a mis en relief les nettes améliorations obtenues, notamment :

- La connaissance de l'espacement et du moment sain d'une grossesse a nettement progressé dans toutes les cinq communautés. Pour les femmes mariées en âge de procréer, cette connaissance est passée de 19 % à 95 %, avec des pourcentages analogues pour les jeunes femmes qui n'avaient eu qu'une ou deux grossesses.
- La fréquentation des services cliniques de planification familiale a augmenté - de 6 200 clientes par trimestre à 14 000 clientes par trimestre.
- L'utilisation des contraceptifs a augmenté pour toutes les femmes mariées en âge de procréer, passant de 50 % à 80 % et de 38 % à 73 % parmi les jeunes femmes qui n'avaient eu qu'une ou deux grossesses.

Source : USAID, Enquête du Projet Tahseen de Pathfinder sur l'Expansion des Services (ESD), 2005.

qui a examiné les dossiers hospitaliers de 258 108 femmes accouchant d'un seul bébé et dont la grossesse précédente s'était terminée par une fausse couche ou un avortement provoqué. Cette étude étant la seule disponible à telle échelle a été jugée importante pour utiliser ces données avec certaines conditions. Sous avortement dans l'étude étaient regroupés l'avortement à risques et sans risques et l'avortement spontané (fausse couche), mais on ne connaissait pas leurs proportions relatives. Aussi, les résultats ne peuvent-ils pas être généralisés à d'autres régions avec des contextes juridiques différents. On recommande de faire des recherches supplémentaires dans d'autres contextes pour mettre au clair ces résultats.<sup>20</sup>

#### Espacement des naissances pour les femmes séropositives à VIH.

Des naissances trop rapprochées et l'infection à VIH/SIDA augmentent les risques de conséquences négatives pour la grossesse. Pour les femmes séropositives à VIH qui souhaitent tomber enceintes, il est important de recevoir des conseils sur le moment indiqué de la grossesse pour réduire le risque de conséquences négatives. Pour celles qui souhaitent éviter ou remettre à plus tard une grossesse, la planification familiale est une stratégie très efficace par rapport aux coûts pour prévenir la transmission du VIH.<sup>26</sup> Une étude constate que le taux de grossesse d'une année chez les femmes séropositives à VIH participant à un programme de dépistage et conseils volontaires était de 22 % avant que ne soit proposée la planification familiale, chutant ensuite à 9 % une fois que ces services ont été introduits.<sup>27</sup> Dans le cadre d'une étude sur les programmes réalisés dans 14 pays, Stover et ses collègues constatent que la prévention de grossesses non souhaitées diminue très nettement le nombre d'infections à VIH chez les nourrissons et cela à un coût relativement faible. Le nombre d'infections évitées chaque année est passé de 37 000 à 71 000 une fois qu'ont été ajoutés des services de planification familiale. Le coût de l'adjonction de ces services ne s'élevait qu'à 660 \$US par infection à VIH

évitée, nettement moins donc que le coût de traiter un bébé séropositif.<sup>28</sup> (Voir Section III chapitre 7 pour de plus amples informations sur les programmes de prévention de la transmission de la mère-à-enfant du VIH/SIDA.)

### Obstacles entravant des soins plus intenses avant la grossesse et entre les grossesses

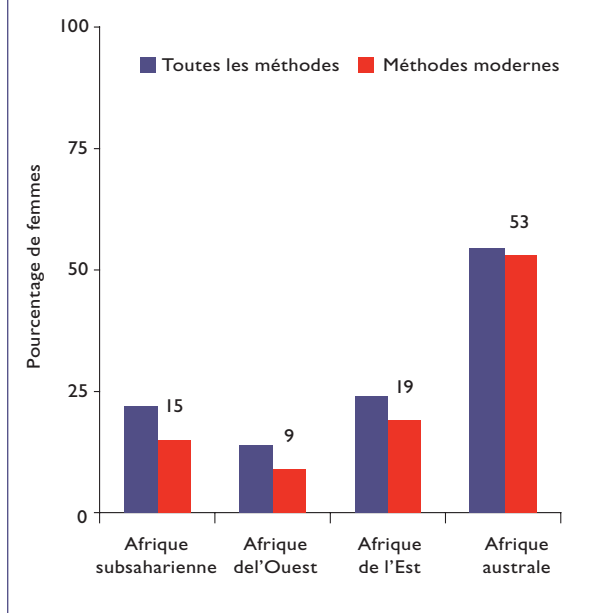
#### Satisfaire au besoin en planification familiale et en contraceptifs.

Le besoin non satisfait de planification familiale est particulièrement élevé en Afrique. Il s'agit des femmes en âge de procréer qui préféreraient éviter ou remettre à plus tard une grossesse et qui pourtant, n'utilisent aucune méthode de contraception. D'après les estimations, 63 % des femmes aurait un besoin non satisfait de planification familiale.<sup>8</sup> Seize pour cent de toutes les femmes en Afrique ont un besoin non satisfait d'espacement - cela représente également 65 % de tout le besoin non satisfait en planification familiale. Et pourtant, seules 35 % des femmes célibataires et sexuellement actives, âgées de 15 à 19 ans, utilisent des contraceptifs modernes ; cette proportion n'était que de 45 % là aussi dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans.<sup>17</sup> La prévalence de l'utilisation de la contraception en Afrique s'élève de 9 % dans les pays de l'Afrique de l'Ouest à 53 % en Afrique australe (Graphique III.1.4).

Au regard du nombre élevé de femmes qui souhaitent espacer les naissances ou les remettre à plus tard, il devient urgent d'augmenter la disponibilité des services de planification familiale en élargissant l'accès à une gamme de méthodes contraceptives fiables, surtout pour les femmes. Parmi les facteurs qui expliquent cette faible prévalence de la contraception, notons le manque d'accès à des services de planification familiale de qualité ; l'information limitée ou erronée sur les contraceptifs et les



### GRAPHIQUE III.1.4 Moins d'un tiers des femmes africaines mariées ou en union utilisent la contraception moderne



Source : Adapté de la référence<sup>6</sup>

effets secondaires ; ainsi que l'opposition personnelle, familiale et communautaire à l'utilisation de la contraception.

Il est impératif d'apporter aux filles et aux femmes des messages constants et pertinents dès le jeune âge et lors des maillons cruciaux dans la continuité des soins. Dans le contexte africain où la charge du VIH est élevée, il est de toute première importance d'utiliser une double protection, tant pour prévenir la grossesse que les IST. Cela signifie qu'il faut utiliser deux méthodes - une pour prévenir la grossesse (telle que les contraceptifs oraux, les injectables ou les implants) et une pour prévenir les IST (préservatif masculin ou féminin).<sup>1</sup>

Il existe toute une gamme de possibilités de relier les soins avant et entre les grossesses aux programmes de SMNI à domicile et dans la communauté, dans les services mobiles et les formations sanitaires (Encadré III.1.4).

Chacune de ces possibilités en vue d'améliorer les soins avant la grossesse est accompagnée de défis particuliers qu'il faudra relever, tant du côté de l'offre que de la demande.

**Offre d'information et de services.** Dans l'histoire de la santé internationale, une grande partie de la littérature sur l'amélioration de la qualité et le renforcement de la logistique de l'approvisionnement provient des programmes de planification familiale et de vaccination. Il existe une pléthore d'information et pourtant, un grand nombre de pays, surtout dans les zones pauvres et rurales, ont encore bien du mal à assurer l'offre régulière de services de qualité. Les programmes de formation ne parlent guère de l'espacement des naissances, de la MGF, de la santé avant la grossesse et de la part qu'ils tiennent dans la santé des femmes et des bébés. Ils sont tout aussi silencieux sur la manière de conseiller et de fournir des services de santé de la reproduction et de planification familiale pour les adolescents,

ainsi que sur les stratégies du changement comportemental pour travailler avec les femmes, les familles et les communautés et s'attaquer ensemble aux pratiques traditionnelles qui nuisent à leur santé et à celle de leurs bébés. Voici des exemples de ces obstacles :

- *Cadre juridique et politiques nationales sur l'égalité des droits pour les filles et les femmes.* Il faut notamment fixer un âge minimum légal pour le mariage, garantir les droits des femmes pour qu'elles puissent indépendamment acheter, vendre et posséder une propriété et poursuivre les coupables en cas de viol et de violence sexuelle.
- *Prestation de services accessibles, surtout pour les adolescents.* Des services de santé de la reproduction et de planification familiale amis-des-jeunes n'existent que rarement ou ne sont pas accessibles pour les adolescents, surtout pour ceux qui ne sont pas mariés. Souvent, les jeunes sont embarrassés de se rendre dans un centre de santé que fréquentent leurs mères et frères et sœurs plus jeunes et sont préoccupés par des prestataires qui ne respectent pas toujours leur confidentialité. De plus, les adolescents qui cherchent à obtenir des services ou des conseils sur la santé de la reproduction ou la planification familiale sont souvent rejetés par des prestataires de santé ou soumis à des interventions cliniques inutiles qui découragent l'utilisation des services.<sup>4</sup> Le coût de ces services peut également constituer un obstacle important.<sup>29</sup>
- *Approvisionnement fiable de toute une gamme de contraceptifs.* Le manque de choix contraceptif, conjugué à des ruptures de stock fréquentes, explique la faible utilisation de la contraception et des taux élevés d'arrêt d'utilisation de ces méthodes. Tel que le veut le slogan des programmes de planification familiale - « Sans produit, pas de programme. » Les facteurs résident dans la mauvaise gestion des systèmes logistiques et le faible financement. Le choix sera limité pour les femmes. Souvent, il n'existe que des méthodes d'espacement de naissances pour des femmes qui envisageraient pourtant une stérilisation. Les prestataires de soins de santé ont besoin de fournitures essentielles pour répondre aux besoins en planification familiale de toutes les femmes et doivent disposer d'une vaste gamme de méthodes contraceptives pour recommander la double protection :
- Méthodes temporaires telles que les contraceptifs oraux, les méthodes barrières (préservatifs) et autres méthodes non hormonales



### ENCADRÉ III.1.4 De bonnes nouvelles pour les femmes sont autant de bonnes nouvelles pour les bébés : Des grossesses saines et souhaitées dans le cadre des programmes existants de SMNI

Soins avant la grossesse : Permettre aux filles, aux familles et aux communautés de remettre le mariage jusqu'au moment où la fille est entièrement développée et attendre l'âge de 18 ans avant la première grossesse. Fournir des services amis-des-adolescentes, tant pour la planification familiale que pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

Soins prénatals : Discuter des intentions sur le plan fécondité, pour l'espacement ou la limitation des naissances ; éduquer à propos des intervalles sains accouchement-à-grossesse et conseiller d'attendre au moins deux ans avant d'essayer de tomber à nouveau enceinte ; conseiller sur l'allaitement maternel, la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée et le moment de retour de la fécondité ; conseiller et orienter vers les services et le dépistage volontaires du VIH et la prévention de la transmission mère-à-enfant, si nécessaire. Dépister les femmes ayant subi une mutilation génitale de la femme (MGF), surtout du type III, et apporter des conseils supplémentaires concernant la planification de l'accouchement, les préparatifs en cas d'urgence et l'importance d'accoucher dans un établissement de santé (Section III chapitre 2).

Soins postnatals : Démarrer immédiatement l'allaitement maternel et vérifier qu'il est bien établi ; apporter un soutien à un allaitement maternel précoce et exclusif ; donner des conseils sur la prévention des IST et du VIH. Donner des conseils sur la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée et envisager la protection double ; prévention des IST et du VIH ; et attendre au moins deux ans avant d'essayer de tomber à nouveau enceinte (Section III chapitre 4).

Soins post-avortement : Donner des conseils à chaque femme qui a eu un avortement provoqué ou une fausse couche portant sur le retour de fécondité et le risque d'une future grossesse. Recommander que les femmes attendent six mois avant d'essayer de tomber à nouveau enceintes. Si une contraception est souhaitée, vérifier que la femme a accès à toute une gamme de méthodes contraceptives fiables.

Consultations pour soins et vaccination de l'enfant : Evaluer les besoins en planification familiale des mères qui amènent leurs enfants aux consultations, les éduquer à propos de l'espacement sain jusqu'à la prochaine grossesse, leur conseiller d'attendre deux ans avant d'essayer de tomber à nouveau enceintes et leur fournir des conseils et des services de planification familiale ou les orienter vers de tels services. Encourager également l'éducation, la santé et la bonne nutrition de tous les enfants, y compris des filles. C'est également un point d'entrée pour les conseils sur la prévention de la MGF (Section III chapitres 5 et 9).

- Méthodes pour les femmes qui allaitent, notamment la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
  - Contraception d'urgence
  - Méthodes permanentes si elles sont souhaitées, telles que la stérilisation masculine ou féminine
- *Intégration avec d'autres services de SMNI.* Il existe de bonnes possibilités de relier aux vaccinations les conseils sur l'espacement sain des naissances. Les CPN représentent une possibilité importante de promouvoir un espacement sain des naissances (Section III chapitre 4).

***Demande pour les services de planification familiale.*** Les conseils en planification familiale souvent ne parlent que du choix de la méthode contraceptive et de ses effets secondaires et s'attachent nettement moins à informer les familles sur les intervalles recommandés d'espacement des naissances ou les possibilités de limiter la taille de la famille ou encore sur la place importante que cela détiendrait pour la santé de la mère, du nouveau-né et des frères et sœurs plus âgés.<sup>4</sup> La place de la femme dans la société se répercute sur la demande pour les services de planification familiale. Il faut s'attaquer aux normes et croyances bien ancrées entourant le rôle de la femme si on veut améliorer leur santé et celle de leurs bébés.

### Étapes pratiques pour renforcer les soins des filles et des femmes avant la grossesse

Une stratégie levant les obstacles susmentionnés demande une combinaison d'approches traitant des normes sociales concernant les femmes, la MGF et la planification familiale, ainsi que l'amélioration de l'approvisionnement et de la qualité des services et une meilleure intégration de ces aspects avec les services de SMNI. Le Cadre de Politiques continental de la Santé et des Droits sexuels et reproductifs pour l'Afrique (2007-2010) a été signé par les Ministres de la Santé de l'Union africaine, témoignant de leur engagement politique et ouvrant la voie à des progrès plus rapides.

- *Examiner les lois, les politiques, les normes sociales et les pratiques pour défendre les droits et la santé des filles et des femmes.* Une seule prestation de services ne suffira pas pour traiter adéquatement l'éducation, la nutrition et la santé des filles tout au long du cycle de la vie. La première étape est de vérifier qu'il existe des lois et politiques nationales pour protéger la santé et l'égalité des droits des filles et des femmes. Pour cela, il faudra intervenir au sein des communautés, notamment auprès des dirigeants religieux et autres personnes influentes, des familles, des groupes communautaires, ainsi que dans les organisations non gouvernementales pour

étudier les croyances et pratiques actuelles. Il faudra éduquer les membres communautaires sur les avantages et progrès si on change des pratiques nuisibles et si on adopte de nouveaux comportements. Il est important de s'attaquer aux normes sociales existantes, surtout celles concernant des pratiques affectant les jeunes femmes et constituant des barrières à l'adoption de comportements sains.

Il est important que les hommes aient l'occasion de participer aux discussions où sont mis en lumière leurs divers rôles de partenaires et de pères. Les hommes sont en mesure d'influencer et de maintenir des pratiques culturelles et pourront prendre l'initiative de nouveaux comportements tels que le mariage précoce, la transmission des IST et du VIH et l'espacement des naissances de leurs enfants. Ils pourront soutenir la santé, l'éducation et le développement de leurs partenaires et de leurs filles.

- *Communiquer les messages clés dans le cadre des programmes scolaires et autres programmes de communication pour le changement comportemental et utiliser des stratégies multisectorielles de communication pour le changement comportemental.* Traiter ces questions dans divers contextes permet non seulement d'éduquer les enfants mais ouvre également le dialogue au sein de la famille et de la communauté plus large, surtout auprès de leaders influents qui ont le pouvoir d'encourager des comportements sanitaires positifs. Il existe une bonne possibilité d'introduire des thèmes tels que les avantages d'un âge plus avancé lors du mariage et de l'activité sexuelle, la double protection, le fait d'attendre 18 ans pour une première grossesse, l'espacement des naissances de deux ans au moins et l'autonomisation et la possibilité, pour les filles, de gagner leur vie.

Les stratégies de communication qui intègrent divers médias et utilisent des activités non sanitaires (religieuses, éducationnelles, micro-finances), ainsi que les réseaux sociaux, les groupements féminins et l'éducation individuelle exercent une influence positive sur le contexte. En effet, elles mobilisent un solide soutien pour l'adoption de comportements sains. Les stratégies qui ciblent les jeunes femmes mariées, leurs maris et les couples fiancés ont effectivement réussi à élargir l'accès aux services de santé et leur utilisation.<sup>30</sup>

- *Améliorer la prestation de services et trouver des manières plus efficaces d'arriver aux femmes qui ont un besoin non satisfait pour des services de planification familiale.* Les programmes de distribution communautaire, les stratégies avancées et les services cliniques sont autant de véhicules à utiliser pour élargir l'accès aux services de planification familiale. Chose tout aussi importante : s'assurer que les prestataires disposent des compétences et des connaissances nécessaires pour la prestation de services de planification familiale axée sur la cliente. En effet, ils ont besoin de bonnes aptitudes à la communication interpersonnelle pour aider les clientes à prendre des décisions informées concernant leurs choix contraceptifs et doivent leur donner des directives claires sur les méthodes qui peuvent être utilisées sans risques par les femmes lors de la période post-natale. Les prestataires ont également besoin de matériel d'information, d'éducation et de communication, de fournitures essentielles, d'équipement et de soutien pour répondre aux besoins en planification familiale de toutes les femmes et leur apporter un vaste choix de méthodes contraceptives.

Dans de nombreux pays africains, les distributeurs et agents communautaires arrivent jusqu'aux communautés rurales. Ils s'entretiennent avec les individus, les familles et la communauté, leur parlent des comportements sains et leur fournissent également des contraceptifs et autres produits qui facilitent l'adoption de ces comportements. Leur rôle pourrait être élargi à d'autres services de SMNI. Cela leur permettrait d'ailleurs de fournir plus efficacement les services de planification familiale tout au long de la continuité des soins de la SMNI.

- *Mettre sur pied des approches novatrices en matière de planification familiale, IST et services obstétricaux pour les adolescents.* Les adolescents ont besoin de programmes qui les aident à prendre soin d'eux-mêmes et leur ouvrent l'accès aux services de planification familiale, d'IST et de santé maternelle et infantile. De plus, les adolescentes enceintes ont besoin d'un soutien financier pour les soins de santé et leur alimentation et hébergement si elles sont expulsées de l'école, puis d'aide à nouveau pour revenir à l'école ou recevoir une formation. Il faut les mettre au courant des possibilités d'adoption ou d'interruption de la grossesse si la loi le permet.<sup>25</sup>
- *Améliorer l'information pour la prise de décisions.* Il vaut mieux utiliser les données existantes pour guider la prise de décisions et répondre au besoin non satisfait en planification familiale dans des groupes spécifiques et atteindre les populations délaissées.

## Conclusion

On ne saurait trop insister sur l'importance et sur la connexion entre l'éducation, la nutrition et une bonne santé, y compris la santé reproductive tout au long du cycle de la vie. La grossesse de l'adolescente est tant la cause que la conséquence d'une instruction limitée pour les filles. Les filles et les femmes demandent à voix haute des solutions pour prévenir une grossesse non souhaitée. L'information dont on dispose indique bien que les interventions suivantes permettraient de sauver de nombreuses vies :

- Prévenir la MGF pour réduire les complications lors de l'accouchement.
- Remettre la première grossesse jusqu'à l'âge de 18 ans
- Espacer la grossesse qui suit une naissance vivante d'au moins 24 mois
- Attendre six mois après un avortement ou une fausse couche avant de tomber à nouveau enceinte
- Recommander la double protection - pour la prévention, tant de la grossesse que de l'infection à VIH

La priorité ne réside ni dans les nouvelles technologies, ni dans un nouveau grade de personnel soignant. Ce qu'il faut, c'est un leadership de la part des gouvernements africains et des professionnels de la santé, une politique et un financement correspondant de la part des partenaires mondiaux, ainsi que l'engagement actif des femmes et des hommes dans les communautés africaines pour qu'ils puissent vivre sur un continent où les familles sont en mesure d'espacer les naissances comme elles le souhaitent. Ainsi sera sauvée la vie des femmes, des bébés et des enfants et sera propulsé le développement en Afrique.

## Actions prioritaires pour le renforcement des soins pour les filles et les femmes avant la grossesse

- Examiner les lois, les politiques, les normes sociales et les pratiques pour promouvoir les droits et la santé des filles et des femmes
- Utiliser des stratégies multisectorielles de communication pour le changement de comportement pour promouvoir l'adoption de comportements sains, surtout auprès des jeunes filles mariées et de leur mari
- Communiquer les messages clés dans le cadre des programmes scolaires et autres programmes de communication pour le changement de comportement et utiliser des stratégies multisectorielles de communication pour le changement de comportement
- Améliorer la prestation des services de planification familiale par le biais de la formation et supervision, du matériel d'éducation et de communication et de fournitures essentielles, notamment un bon choix en méthodes contraceptives
- Augmenter la disponibilité et la qualité des services de planification familiale à d'autres points de contact de la SMNI : consultations infantiles, contacts curatifs, CPN et soins postnatals
- Vérifier que les prestataires disposent des compétences et connaissances nécessaires pour la prestation de services axés sur les clients, surtout les services amis-des-jeunes
- Elargir l'accès par le biais des programmes de distribution communautaire, stratégie avancée et services mobiles et intégrer les distributeurs et agents de santé communautaires aux programmes de SMNI
- Mettre sur pied des approches novatrices pour la prestation des services de planification familiale, IST et services obstétricaux pour les adolescents
- Améliorer l'information pour la prise de décisions et utiliser cette information pour examiner et renforcer les programmes

### Termes utilisés et autre information sur les données et études

*Intervalle accouchement-à-grossesse* : Période entre le début de la grossesse indicielle et la naissance vivante précédente.

*Intervalle accouchement-à-accouchement* : Période entre la naissance vivante indicielle et la naissance vivante précédente.

*Intervalle avortement/fausse couche-naissance* : Période entre le jour de l'avortement/fausse couche et le premier jour de la dernière menstruation pour la grossesse indicielle.

- OMS. Rapport d'une consultation technique de l'OMS sur l'espacement des naissances. Genève, Suisse. 13-15 juin 2005. 2006. Organisation mondiale de la Santé.
- Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89 Suppl 1: S7-24. Epub; 26 jan 2005: S7-24.
- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* 2006; 295(15): 1809-1823.
- Conde-Agudelo A, Belizan JM, Breman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89 Suppl 1: S34-S40.

## Soins prénatals

Ornella Lincetto, Seipati Mothebesoane-Anoh, Patricia Gomez, Stephen Munjanja

La couverture en soins prénatals est une réussite en Afrique puisque deux tiers des femmes enceintes (69 %) ont eu au moins une consultation prénatale (CPN). Par contre, c'est une enveloppe - souvent appelée soins prénatals focalisés - qu'il faudra pour réaliser tout le potentiel salvateur que renferment la CPN pour les femmes et les bébés, à savoir quatre consultations fournissant des interventions essentielles qui ont fait leurs preuves. Ces interventions essentielles dans le domaine de la CPN portent sur le dépistage et la prise en charge de complications obstétricales, telles que la prééclampsie, les vaccinations antitétaniques, le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPI), ainsi que le dépistage et le traitement des infections, dont le VIH, la syphilis et autres infections sexuellement transmissibles (IST). Les CPN sont également l'occasion d'encourager les soins d'un prestataire qualifié à l'accouchement, ainsi que des comportements sains tels que l'allaitement maternel, les soins postnatals précoces et la planification pour un espacement optimal des naissances.

Un grand nombre de ces occasions continuent à être ratées alors que plus des deux tiers des femmes enceintes viennent consulter au moins une fois lors de la grossesse. Comment pouvons-nous renforcer la CPN pour mettre en place les interventions prioritaires, surtout au vu de la grave pénurie actuelle du personnel qualifié en Afrique ? Existe-t-il des barrières à surmonter pour étendre la couverture et augmenter la qualité ? Comment peut-on intégrer les multiples programmes qui dépendent de la CPN - paludisme, VIH/SIDA, élimination du tétanos, lutte contre les IST - et renforcer ainsi le « véhicule » de la CPN, plutôt que d'ajouter au fardeau actuel ?



## Problème

De bons soins pendant la grossesse sont importants pour la santé de la mère et le développement du bébé qui naîtra sous peu. La grossesse est un moment crucial pour encourager des comportements sains et de bonnes attitudes parentales. De bons services de CPN relient la femme et sa famille au système sanitaire formel, augmentent les chances de bénéficier d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement et renforcent une bonne santé tout au long du cycle de la vie. Des soins insuffisants à ce moment rompent un maillon essentiel de la continuité des soins, avec toutes les conséquences que cela comporte, tant pour les femmes que pour leurs bébés :

**Effets sur les mères :** D'après les estimations, 25 % des décès maternels surviennent lors de la grossesse. Cette proportion change d'un pays à l'autre suivant la prévalence de l'avortement à risques, de la violence et des maladies dans la région.<sup>1</sup> Entre un tiers et la moitié des décès maternels sont imputables à des causes telles que l'hypertension (prééclampsie et éclampsie) et l'hémorragie avant l'accouchement, directement liées à des soins insuffisants pendant la grossesse.<sup>2</sup> Dans une étude faite dans six pays de l'Afrique de l'Ouest, un tiers de toutes les femmes enceintes sont tombées malades pendant la grossesse, dont 3 % ont dû être hospitalisées.<sup>3</sup> Certaines affections préalables s'aggravent pendant la grossesse. Le paludisme, le VIH/SIDA, l'anémie et la malnutrition sont corrélés à des complications accrues, tant chez la mère que chez le nouveau-né, et au décès lorsque la prévalence de ces affections est élevée. De nouveaux faits nous montrent que les femmes soumises à une mutilation génitale féminine sont nettement plus susceptibles d'avoir des complications pendant l'accouchement et qu'elles devront donc être dépistées pendant la CPN.<sup>4</sup> La violence à l'égard des femmes et les dangers sur les lieux du travail représentent souvent des problèmes supplémentaires de santé publique qui restent pourtant sous-estimés. Les taux de dépression risquent d'être aussi élevés, voire plus élevés en fin de grossesse que lors de la période post-natale.<sup>5</sup> Dans certaines sociétés africaines, on n'accepte pas le deuil pour un enfant mort-né et ainsi, le décès d'un bébé pendant le dernier trimestre de la grossesse devient encore plus difficile à accepter.

**Effets sur les bébés :** En Afrique subsaharienne, 900 000 bébés, d'après les estimations, naissent mort-nés pendant les 12 dernières semaines de la grossesse. D'après les estimations, les bébés qui meurent avant le début du travail ou les mort-nés pendant le travail représentent les deux tiers de toute la mortinatalité dans des pays où le taux de mortalité est supérieur à 22 pour 1 000 naissances - c'est-à-dire, dans pratiquement tous les pays africains.<sup>6,7</sup> La mortinatalité pendant la grossesse compte un certain nombre de causes, dont les infections maternelles - notamment la syphilis - ainsi que les complications de la grossesse, bien qu'il n'existe pas d'estimations mondiales systématiques des causes de la mortinatalité avant l'accouchement.<sup>8</sup> Les nouveau-nés sont affectés par des problèmes pendant la grossesse dont les naissances prématurées et le retard de croissance fœtale, ainsi que par d'autres facteurs freinant le développement du bébé (infections congénitales et le syndrome d'alcoolisme foetal).

Le contexte social, familial et communautaire et les croyances influencent la santé pendant la grossesse, soit positivement, soit négativement. Certaines cultures préconisent une nourriture spéciale et du repos pour les femmes enceintes, alors que d'autres ne reconnaissent pas la grossesse. Dans ce dernier cas, les femmes doivent continuer à travailler dur et les tabous nutritionnels risquent de les priver de nutriments essentiels, ajoutant encore aux carences nutritionnelles, surtout en fer, protéines et certaines vitamines. Dans une tribu du Nigeria, les femmes enceintes ne peuvent pas dire qu'elles sont enceintes et, si elles ne se sentent pas bien, elles devront dire qu'elles « ont avalé un cafard. »

Ce chapitre fait une vue d'ensemble de l'enveloppe des soins prénatals mettant en exergue la transition à un modèle de quatre visites de soins prénatals focalisés pour la majorité des femmes. Nous décrivons la couverture et les tendances actuelles en Afrique et étudions les possibilités de renforcer les soins prénatals dans l'établissement de santé, dans le cadre des stratégies avancées et dans la communauté. En dernier lieu, nous proposons des actions pratiques pour aider à relever les grands défis de la prestation de soins de qualité aux mères et aux bébés pendant cette époque critique de la grossesse et pour intégrer les multiples interventions et programmes ciblant cette période.

### L'enveloppe de soins

C'est tout au long d'une continuité de soins accessibles et de haute qualité avant et pendant la grossesse, à l'accouchement et lors de la période post-natale, qu'on arrivera à prévenir les problèmes pour les mères et les bébés. Cela dépend également du soutien disponible pour aider les femmes enceintes à arriver jusqu'aux services, surtout en cas de complications.<sup>9</sup> Les

CPN sont un maillon important de cette continuité de soins. L'enveloppe CPN a pour objet de préparer à la naissance et à la maternité ou paternité, ainsi que de prévenir, dépister, remédier ou prendre en charge les trois types de problèmes de santé pendant la grossesse qui affectent les mères et les bébés :

- complications de la grossesse elle-même
- conditions préalables qui s'empirent pendant la grossesse
- conséquences de styles de vie malsains



Par ailleurs, certaines femmes à faibles risques ont eu des complications, surtout lors de l'accouchement. La CPN focalisée ou axée sur un but donné apporte des interventions spécifiques reposant sur l'évidence et est administrée à des moments critiques pendant la grossesse. Les éléments essentiels de cette enveloppe de soins sont présentés dans l'Encadré III.2.1.<sup>13,14</sup>

Les CPN sont également l'occasion d'apporter aux femmes et à leur famille information et conseils pour une grossesse saine, un accouchement sans risques et une récupération postnatale, y compris les soins des nouveau-nés, la promotion de l'allaitement immédiat et exclusif et l'aide nécessaire pour décider des futures grossesses afin d'améliorer l'issue d'une grossesse. Une enveloppe SPN efficace dépend de prestataires de soins compétents, travaillant dans un système de santé qui fonctionne bien, avec des services d'orientation-recours, un approvisionnement suffisant et une assistance de laboratoire.

La CPN améliore directement la survie et la santé des bébés puisque ces services diminuent la mortalité et les décès néonataux et indirectement puisqu'ils servent de point d'entrée dans le système de santé, la femme étant un point clé dans la continuité des soins. Une nouvelle analyse faite pour la présente publication en utilisant une méthodologie publiée auparavant<sup>10</sup> nous indique que, si 90 % des femmes ont reçu des CPN, jusqu'à 14 %, soit 160 000 nouvelles vies pourraient être sauvées en Afrique. (Voir notes sur les données à la page 226 pour de plus amples détails.) Si l'on compare à d'autres volets des enveloppes de soins de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), tels que les soins à l'accouchement et les soins post-natals, on note un nombre moindre de vies supplémentaires sauvées dû au fait que les CPN comptent déjà une couverture relativement élevée et sauvent déjà un grand nombre de vies et, par conséquent, l'écart est moindre entre la couverture actuelle et une couverture complète. Par ailleurs, les avantages des CPN vont au-delà de la seule réduction de la mortalité et, au regard du coût relativement faible des CPN, cette enveloppe est parmi l'une des plus efficaces par rapport aux coûts de toute enveloppe de santé publique.<sup>10,11</sup>

La CPN sauve indirectement la vie des mères et des bébés puisque ces soins favorisent une bonne santé avant l'accouchement et lors de la période postnatale précoce - périodes marquées par un maximum de risques. La CPN est souvent le premier point d'entrée d'une femme dans le système de services de santé et c'est l'occasion d'apporter des soins intégrés, d'encourager des comportements sains à domicile et d'orienter vers les prestataires compétents les femmes avec des complications de la grossesse. Les femmes sont plus susceptibles d'accoucher avec l'aide d'un prestataire qualifié si elles ont au moins une consultation CPN.<sup>12</sup>

**Quels soins prénatals ?** Si la recherche a mis en avant les avantages de la CPN grâce à une meilleure santé des mères et des bébés, on ne connaît pourtant pas les composantes exactes de la CPN et ce qu'il faut faire exactement et à quel moment. Le thème continue à être débattu. Ces dernières années, on est passé de l'approche à risques élevés à celle de la CPN focalisée. L'approche à risques élevés visait à classer les femmes enceintes dans les catégories « faibles risques » ou « risques élevés » en fonction de critères prédéterminés et supposait un grand nombre de visites prénatals. L'approche a été difficile à appliquer car un grand nombre de femmes comportaient au moins un facteur-risque et toutes ne connaissaient pas de complications.

### ENCADRÉ III.2.1 Éléments essentiels d'une approche focalisée aux soins prénatals

- Identification et surveillance de la femme enceinte et de l'enfant à venir
- Reconnaissance et prise en charge des complications liées à la grossesse, surtout la prééclampsie
- Reconnaissance et traitement des maladies sous-jacentes ou parallèles
- Dépistage pour affections et maladies telles que l'anémie, les IST (surtout la syphilis), l'infection à VIH, les problèmes de santé mentale et/ou les symptômes de stress ou violence conjugale
- Mesures préventives, y compris la vaccination antitétanique, le traitement vermifuge, le fer et l'acide folique, le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse, les moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII)
- Conseils et soutien pour la femme et sa famille pour l'acquisition de comportements sains à domicile et l'adoption d'un plan de préparatifs à la naissance et en cas d'urgence aux fins suivantes :
  - o Sensibiliser davantage aux besoins de santé maternelle et néonatale et aux soins auto-administrés pendant la grossesse et la période postnatale, notamment le soutien social dont a besoin la femme pendant et après la grossesse
  - o Encourager des comportements sains à domicile, notamment styles de vie sains et bon régime alimentaire, sécurité et prévention des blessures, ainsi que soutien et soins à domicile, par exemple, conseils et soutien pour des interventions préventives, telles que les suppléments en fer, l'utilisation de condoms et l'utilisation de MII
  - o Soutenir le comportement de consultation des soins, notamment la reconnaissance des signes de danger pour la femme et le nouveau-né, ainsi que les plans de transport et de financement en cas d'urgence
  - o Aider la femme enceinte et son partenaire à se préparer émotionnellement et physiquement à la naissance et aux soins du bébé, se préparer notamment à un allaitement maternel immédiat et exclusif et aux soins néonataux essentiels et envisager le rôle d'un compagnon pouvant la soutenir lors de l'accouchement
  - o Encourager la planification familiale/l'espacement des naissances postnatals

Source : Adapté des références<sup>15,16</sup>

**Combien de visites ?** Un essai récent aléatoire sur cas-témoins, réalisé par l'OMS<sup>17</sup>, ainsi qu'un examen systématique<sup>13</sup> indiquent que les interventions essentielles peuvent être fournies lors de quatre consultations à des intervalles spécifiés, du moins pour les femmes en bonne santé qui n'ont pas d'autres problèmes médicaux.<sup>18</sup> Cet examen a encouragé l'OMS à définir un nouveau modèle des soins prénatals basé sur quatre visites axées sur des buts spécifiques.<sup>13,14,17</sup> Ce modèle est défini par ce qu'on peut faire lors de chaque consultation et est souvent appelé *soins prénatals focalisés*. Le nombre optimal des CPN dans des contextes aux ressources limitées dépend non seulement de l'efficacité, mais également des coûts et autres barrières à l'accès aux CPN, ainsi que de l'approvisionnement. Une étude récente du Sud de la Tanzanie constate que les agents de santé passent en moyenne 46 minutes à fournir une CPN focalisée à une cliente qui vient pour la première fois et 36 minutes pour une cliente qui revient. Cela représente 30 minutes de plus en moyenne que la pratique actuelle et complique la prestation de services.<sup>19</sup>

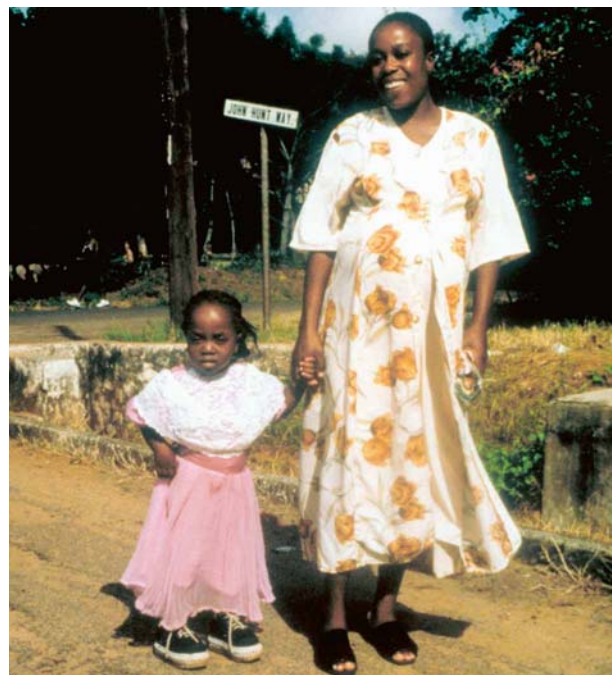
**Quand ?** Pour un grand nombre des interventions essentielles en soins prénatals il est capital de dépister rapidement les affections existantes - par exemple, prévention d'une syphilis congénitale, lutte contre l'anémie et prévention des complications liées au paludisme. Aussi, la première CPN devrait-elle être aussitôt que possible pendant la grossesse, de préférence pendant le premier trimestre. La dernière consultation devrait avoir lieu à 37 semaines ou proche de la date prévue de l'accouchement pour fournir conseils et soins visant à prévenir ou à prendre en charge des problèmes tels que de multiples naissances (jumeaux), la post-maturité (naissance après 42 semaines de grossesse, comportant un risque accru de décès fœtal) et positions anormales du bébé (siège, lorsque la tête du bébé n'est pas la partie qui se présente à l'accouchement).

**Quoi ?** La première évaluation des CPN consiste à faire la distinction entre les femmes enceintes qui ont besoin de soins standard, tel que le modèle de quatre consultations, de celles exigeant une attention spéciale et un plus grand nombre de visites. Suivant le contexte, environ 25 %-30 % des femmes connaîtront des facteurs-risques spécifiques exigeant plus d'attention. Ces femmes ont besoin de plus de quatre consultations. Le Tableau III.2.1 présente une vue d'ensemble des interventions lors de chaque CPN en fonction du modèle de quatre visites, tel qu'appliqué dans les CPN focalisées. La plupart des interventions recommandées sont soutenues par des preuves scientifiques, sont à faible coût et peuvent être appliquées dans les établissements de premier niveau de tous les pays de l'Afrique. Le modèle de recherche a utilisé des bâtonnets d'urine pour vérifier le niveau de bactéries lors de chaque visite, mais cette intervention n'est pas incluse actuellement dans *Pregnancy, Childbirth, Postpartum, and Newborn Care : a guide to essential practice* de l'OMS qui présente des recommandations applicables au premier niveau de soins.<sup>20</sup> Par ailleurs, dans les hôpitaux de référence ou des contextes mieux équipés, l'intervention pourra être envisagée car elle permet de réduire les naissances prématurées et la septicémie néonatale.<sup>10</sup>

**Dossiers tenus par les femmes :** Un certain nombre d'études ont mis en avant l'avantage de dossiers CPN gardés à la maison, notamment avec des plans de préparatifs à la naissance et de préparatifs en cas d'urgence.<sup>21,22</sup> Les femmes qui gardent leurs propres dossiers sont plus susceptibles de venir à leurs

rendez-vous, de poser des questions à propos de leur santé et sentent qu'elles détiennent le contrôle de leur grossesse. Lorsqu'ils décident de la présentation de leurs dossiers CPN, les pays devraient vérifier que toute l'information essentielle est donnée aux soignants. Un formulaire prototype est inclus dans le nouveau modèle des CPN de l'OMS, avec l'information pertinente sur la prestation de services CPN de qualité.<sup>17</sup> Dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, le dossier CPN fait partie d'un dossier complet de la grossesse qui couvre les soins à l'accouchement jusqu'aux soins postnatals, ainsi que la planification familiale.

**Le rôle de la communauté :** L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains à domicile pendant la grossesse. Les faits nous montrent que c'est un déterminant majeur de l'utilisation des services de CPN. En effet, en forgeant des liens entre la communauté et l'établissement de santé, on renforce l'utilisation des services, notamment des soins prénatals, et on augmente l'impact sur la mortalité maternelle et néonatale, ainsi que sur la mortalité.<sup>23</sup> Le partenaire masculin ou la mère ou encore la belle-mère seront toujours les bienvenus s'ils se rendent à une séance de CPN avec la femme. Leur soutien aidera la femme à suivre les recommandations, encouragera une prise de décisions partagée et améliorera la santé de la mère et du nouveau-né. Une femme enceinte qui n'est pas soutenue, surtout une adolescente, a besoin de services spécifiques qui répondent à ses besoins. Les prestataires de services feront leur possible pour trouver les femmes incapables ou peu désireuses de se rendre au centre de santé et chercheront à leur apporter les services. Les agents de santé communautaires (ASC) aideront à repérer toutes les femmes enceintes dans la communauté et leur apporteront des conseils sur des styles de vie sains, la planification de l'accouchement, les préparatifs en cas de consultation et la nécessité de se rendre aux consultations prénatales et de prévoir un prestataire qualifié lors de l'accouchement. Ainsi, se forment des liens entre la communauté et le système de soins de santé. Le renforcement de ces messages de santé facilitera le travail des prestataires dans les services de CPN.





**TABLEAU III.2.1 Consultations prénatales (CPN) focalisées : le modèle CPN en quatre visites, d'après les directives cliniques de l'OMS**

Buts				
	Première visite 8-12 semaines	Deuxième visite 24-26 semaines	Troisième visite 32 semaines	Quatrième visite 36-38 semaines
	Confirmer grossesse et DEA, classer les femmes pour CPN de base (quatre visites) ou soins plus spécialisés. Dépister, traiter et administrer les mesures préventives. Formuler un plan d'urgence et faire préparatifs à la naissance. Conseiller.	Evaluer bien-être maternel et fœtal. Exclure HG et anémie. Prendre les mesures préventives. Revoir et modifier le plan d'urgence et les préparatifs à la naissance. Conseiller.	Evaluer bien-être maternel et fœtal. Exclure HG, anémie et grossesses multiples. Prendre les mesures préventives. Revoir et modifier le plan d'urgence et les préparatifs à la naissance. Conseiller.	Evaluer bien-être maternel et fœtal. Exclure HG, anémie, grossesses multiples et mauvaise présentation. Prendre les mesures préventives. Revoir et modifier le plan d'urgence et les préparatifs à la naissance. Conseiller.
Activités				
Evaluation et prise en charge rapides des signes d'urgence, administrer le traitement approprié et transférer vers l'hôpital, si nécessaire				
<b>Antécédents (demander, consulter dossiers de santé)</b>	Evaluer les symptômes importants. Prendre les antécédents psychosociaux, médicaux et obstétricaux. Confirmer la grossesse et calculer DEA. Classer toutes les femmes (dans certains cas après les résultats des tests)	Evaluer les symptômes importants. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclasser si nécessaire.	Evaluer les symptômes importants. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclasser si nécessaire.	Evaluer les symptômes importants. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclasser si nécessaire.
<b>Examen (observer, écouter, palper)</b>	Examen général et obstétrical complet, TA	Anémie, TA, croissance et mouvements du fœtus	Anémie, TA, croissance fœtale, grossesses multiples	Anémie, TA, croissance et mouvements du fœtus grossesses multiples, mauvaise présentation
<b>Dépistage et tests</b>	Hémoglobine Syphilis VIH Protéinurie Groupe sanguin/Rh* Bactériurie*	Bactériurie*	Bactériurie*	Bactériurie*
<b>Traitements</b>	Syphilis ARV si recevable Traiter bactériurie si indiqué*	Anthelminthique**, ARV si recevable Traiter bactériurie si indiqué*	ARV Traiter bactériurie si indiqué*	ARV si recevable En cas de présentation par le siège, VCE ou référence pour VCE Traiter bactériurie si indiqué*
<b>Mesures préventives</b>	Vaccination antitétanique Fer et folate+	Vaccination antitétanique Fer et folate TPI ARV	Fer et folate TPI ARV	Fer et folate ARV
<b>Education sanitaire et conseils de santé</b>	Soins de soi-même, alcoolisme et tabagisme, nutrition, rapports sexuels sans risques, repos, utilisation de MII, plan d'urgence et préparatifs à la naissance	Plan d'urgence et préparatifs à la naissance, renforcement des conseils précédents	Plan d'urgence et préparatifs à la naissance, alimentation du nourrisson, soins du post-partum/postnatal, espacement des naissances, renforcement des conseils précédents	Plan d'urgence et préparatifs à la naissance, alimentation du nourrisson, soins du post-partum/postnatal, espacement des naissances, renforcement des conseils précédents

Noter tous les résultats dans un carnet à la maison et/ou carnet des CPN et plan de suivi

Sigles : (DEA = date estimée de l'accouchement ; TA = tension artérielle ; HG = hypertension gestationnelle ; ARV = médicaments antirétroviraux pour le VIH/SIDA ; VCE = version céphalique par manœuvre externe ; TPI = traitement préventif intermittent pour le paludisme pendant la grossesse ; MII = moustiquaire imprégnée aux insecticides)

\* Intervention supplémentaire dans les centres de référence, mais qui n'est pas recommandée dans les contextes à ressources limitées

\*\* Ne devrait pas être donné pendant le premier trimestre mais, si la première visite est faite après 16 semaines, peut être donné lors de la première visite

+Devrait également être prescrit comme traitement si l'anémie est diagnostiquée



## Couverture et tendances

Du point de vue couverture mondiale, les soins prénatals sont une véritable réussite. Actuellement, 71 % des femmes dans le monde assistent aux CPN. Dans les pays industrialisés, plus de 95 % des femmes enceintes ont accès aux CPN. En Afrique subsaharienne, 69 % des femmes enceintes viennent consulter au moins une fois les services de soins prénatals, davantage donc qu'en Asie du Sud, où la proportion est de 54 %. Généralement la couverture de CPN est exprimée en tant que proportion de femmes qui ont eu au moins une CPN. Par ailleurs, la couverture avec quatre CPN est plus faible, se situant à 44 %, tel que l'indiquent les profils de pays. Les tendances mettent à jour des progrès plus lents en Afrique subsaharienne que dans les autres régions puisque la couverture n'a augmenté que de 4 % ces 10 dernières années.<sup>1,24</sup>

Les inégalités subsistent au niveau de l'accès aux soins prénatals. En Afrique, 80 % des femmes dans le quintile le plus riche ont accès à trois CPN ou plus, alors que 48 % seulement des femmes plus pauvres profitent du même degré d'accès. Les femmes urbaines et rurales sont séparées par un écart analogue. Par ailleurs, dans la continuité des soins, il existe un écart plus petit entre les riches et les pauvres en ce qui concerne les CPN que sur le plan des soins qualifiés à l'accouchement qui ne sont disponibles que pour 25 % des femmes les plus pauvres en Afrique subsaharienne, alors qu'ils profitent à 81 % des plus riches.<sup>25</sup>

Il est important d'évaluer la couverture de quatre consultations prénatales ou plus, ainsi que le nombre de visites divisé par trimestre puisque l'efficacité de certaines interventions, telles que la vaccination antitétanique, le TPI pour le paludisme et la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH dépend du nombre et du moment des visites. En Afrique, la proportion de femmes enceintes qui se rendent aux quatre visites recommandées ou plus a augmenté de 6 % sur 10 ans. De même, la proportion de femmes qui ont reçu des CPN pendant les six premiers mois de la grossesse a augmenté de 10 % sur plus de 10 ans, plus rapidement que l'expansion de la couverture générale en soins prénatals.<sup>26</sup>

La seule mesure de la couverture ne nous renseigne pas suffisamment sur la qualité des soins. Le manque de qualité dans les services CPN, corrélé à une utilisation insuffisante de ces services, est chose courante en Afrique. La situation est souvent imputée au nombre insuffisant de prestataires qualifiés (surtout dans les zones rurales et reculées), au manque de normes

de soins et protocoles, à l'insuffisance des fournitures et médicaments et aux attitudes peu amicales des prestataires de santé. Une évaluation faite en Tanzanie constate qu'il existe deux fois autant d'agents de santé peu qualifiés dans les établissements ruraux que dans les établissements urbains.<sup>27</sup> De plus, on ne s'accorde pas toujours sur les indicateurs de soins de qualité pour les CPN. Certains indicateurs portent sur l'évaluation de la couverture de quatre consultations prénatales ou plus et la mesure de la couverture d'interventions essentielles prêtées en faisant attention aux occasions ratées - écart entre celles venant consulter et celles bénéficiant d'interventions clés, par exemple, traitement de la syphilis. Ces aspects sont expliqués plus en détail à la fin du présent chapitre.

Les barrières à l'accès et à l'utilisation des services de soins prénatals sont d'ordre financier et culturel. Les femmes et leur famille encourrent d'importants coûts d'opportunité lorsqu'elles doivent se déplacer sur de longues distances pour consulter les services de santé puis attendre de longues heures. Il est très important de connaître les besoins et comportements communautaires et de se mettre en relation avec les communautés, par l'intermédiaire de comités de santé villageois, afin de renforcer l'axe domicile-hôpital. Une première étape efficace pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les femmes enceintes consiste à remplacer les services payants par d'autres mécanismes de financement (Section IV). En Afrique du Sud, les CPN ont augmenté de 15 % dans les années, suivant la suppression des paiements pour tous les services de soins de santé primaires.<sup>28</sup>

## Possibilités de renforcer les soins prénatals pour sauver les mères et les nouveau-nés

La couverture élevée en CPN et les contacts répétés entre la femme et les services de santé sont autant de possibilités de dispenser des interventions qui ont fait leurs preuves en ce qui concerne la santé et la survie maternelle, fœtale et néonatale.

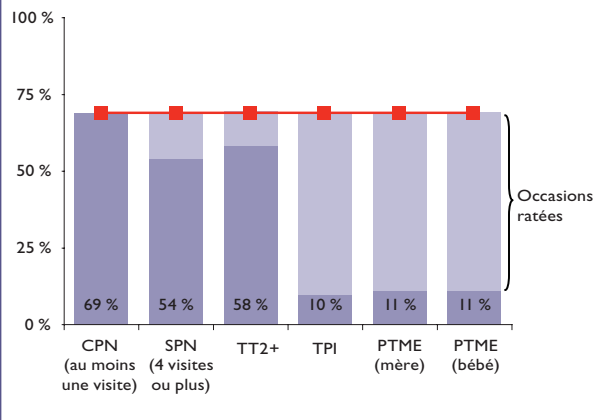
### ***1. Les CPN représentent un point d'entrée important dans différents programmes et favorisent la prestation de soins intégrés.***

Souvent, la grossesse est le moment où une femme consulte pour la première fois le système de santé. Tel que montre la Figure III.2.1, il existe un écart important entre une seule visite prénatale et des soins prénatals optimaux qui exigent plusieurs visites de suivi et plusieurs interventions préventives. Certaines affections courantes en Afrique, telles que le paludisme, les IST, le tétanos maternel et néonatal, le VIH, la tuberculose et certaines carences nutritionnelles peuvent être traitées lors des CPN. Par ailleurs, si ces conditions ne sont pas prises en charge, elles peuvent causer des problèmes lors de la grossesse, surtout le VIH et le paludisme (Section III.7.8). Aussi, l'intégration des soins prénatals à d'autres programmes est-elle particulièrement avantageuse, tant pour la femme que pour son bébé, qui recevront de meilleurs soins, et également pour le système de santé puisque sont diminués les occasions ratées et les coûts des programmes.

### ***2. Les soins prénatals sont l'occasion de formuler un plan de préparatifs à la naissance et en cas d'urgence.***

L'OMS recommande que toutes les femmes enceintes disposent d'un plan écrit prévoyant pour préparer la naissance et faire face à des complications ou urgences qui peuvent se présenter

**GRAPHIQUE III.2.1 Occasions ratées de sauver des vies et de promouvoir la santé dans le cadre des soins prénatals en Afrique subsaharienne**



Sigles : CPN = consultations prénatales ; TT2+ = deux doses ou plus de vaccin antitétanique données aux femmes enceintes ; TPI = traitement préventif intermittent pour le paludisme pendant la grossesse ; PTME = prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH/SIDA

Source : Ce graphique fait partie du profil de l'Afrique subsaharienne (voir notes de données à la page 226). Les données par pays sont disponibles dans les 46 profils de pays.

pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-natale immédiate. Les femmes devraient discuter et revoir ce plan avec un prestataire qualifié lors de chaque évaluation prénatale et un mois avant la date prévue de l'accouchement.<sup>16,17,20</sup> Un plan de préparatifs à la naissance et en cas d'urgence précise les éléments suivants : lieu souhaité de l'accouchement, accoucheur préféré, emplacement de l'établissement de santé le plus proche, fonds pour les dépenses liées à l'accouchement ou en cas de complications, compagnon lors de l'accouchement, soutien pour s'occuper du ménage et des enfants pendant que la femme est absente, transport vers l'établissement de santé pour l'accouchement, transport en cas d'urgence obstétricale et identification de donneurs de sang compatibles en cas d'urgence. Si on ne dispose que de peu de données prouvant la corrélation directe entre les préparatifs de la naissance et la réduction de la morbidité ou de la mortalité pour les mères et les bébés, il n'en existe pas moins de petites études qui ont souligné combien cette intervention pouvait s'avérer avantageuse. Il est encourageant de noter l'adoption de nouvelles pratiques de planification aux niveaux familial et communautaire (mettre de l'argent de côté pour la naissance, arrangements de transport et utilisation d'un plan de préparatifs à la naissance). La présence d'une personne qu'aura choisie la femme pour la soutenir pendant l'accouchement s'est également avérée une mesure positive.<sup>16,29</sup>

### 3. Les soins prénatals sont l'occasion de promouvoir une santé durable et ces avantages se font ressentir au-delà de la période de la grossesse.

Ces visites sont non seulement l'occasion de procéder aux préparatifs de la naissance mais aussi de donner des conseils et informations sanitaires aux femmes enceintes, à leur famille et à la communauté. Des conseils devront lui être donnés sur la nutrition et le repos, l'allaitement maternel immédiat et exclusif, les autres options d'alimentation du nourrisson pour les femmes enceintes, le fait qu'elle doit éviter les drogues et l'alcool. On lui enseignera également les comportements parentaux. D'autres aspects des CPN sont tout aussi importants, par exemple les conseils sur l'espacement des naissances et la planification familiale, l'obtention des soins nécessaires et la prise en charge du nouveau bébé.

Ces interventions recourent la prévention et le dépistage de certaines causes directes et indirectes de la mortalité maternelle et néonatale qui se présentent en début de grossesse. L'Encadré III.2.2 présente les autres domaines se prêtant à l'intégration. C'est en intégrant les services et en veillant à la disponibilité d'un système de transfert et de services obstétricaux d'urgence que les CPN arriveront à faire reculer la mortalité.



### **ENCADRÉ III.2.2 Les consultations prénatales sont le cadre servant à de multiples interventions et programmes**

**Prévention du tétanos maternel et néonatal (Section III chapitre 9)** Le tétanos est responsable de la mort de 70 000 nouveau-nés en Afrique chaque année (environ 6 % de tous les décès néonataux). C'est également la cause d'un nombre inconnu de décès maternels chaque année. En Afrique, les décès imputables au tétanos néonatal ont été réduits de moitié pendant les années 90, partiellement grâce à une couverture plus étendue de vaccin antitétanique. Sept pays de l'Afrique subsaharienne ont éliminé le tétanos néonatal. Les consultations prénatales sont l'occasion de vacciner les femmes enceintes avec les deux doses recommandées de vaccin antitétanique. Lorsque la couverture en CPN est faible ou rate certaines populations, la vaccination en masse de femmes en âge de procréer est une bonne option.

**Prévention et prise en charge du paludisme maternel (Section III chapitre 8)** En Afrique, au moins 25 millions de grossesses sont menacées par le paludisme chaque année d'où 2 %-15 % d'anémie maternelle. Dans les régions à transmission de paludisme élevée et modérée (stable), les femmes adultes sont immunisées naturellement et la plupart des infections paludiques chez les femmes enceintes sont asymptomatiques. Ces infections asymptomatiques du placenta entraînent pourtant une anémie chez la mère et contribuent à l'insuffisance pondérale à la naissance (IPN) et à la naissance prématurée, cause d'une mortalité infantile plus élevée et d'un retard de développement de l'enfant. Le paludisme maternel représente presque 30 % de toutes les causes d'IPN qui pourraient être prévenues pendant la grossesse.

Dans la plupart des contextes, la couverture en traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse à hauteur de 10 % et l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) de l'ordre de 5 %-23 % sont nettement plus faibles que la couverture d'au moins une consultation prénatale (voir profil pour l'Afrique subsaharienne). Aussi, les CPN sont-elles l'occasion d'étendre la couverture pour ces interventions essentielles. Le TPI et les MII sont plus efficaces et moins chers que le traitement du paludisme pendant la grossesse. Par contre, il faut sensibiliser les femmes aux signes de danger du paludisme et les prestataires des CPN doivent être équipés des compétences et de la connaissance nécessaires pour traiter les femmes avec paludisme sans complications et orienter celles avec un paludisme compliqué vers les services compétents.

**Prévention de l'anémie et de la malnutrition maternelles (Section III chapitre 6)** L'anémie affecte presque la moitié de toutes les femmes enceintes dans le monde. C'est un facteur-risque de morbidité et de mortalité maternelles. Pour la mère, l'anémie pendant la grossesse augmente le risque de mourir suite à une hémorragie, une des grandes causes de décès maternel. L'anémie pendant la grossesse est également corrélée à un risque accru de mortinatalité, d'IPN, de prématurité et de décès néonatal. Outre les activités de promotion sanitaire, les stratégies de lutte contre l'anémie pendant la grossesse consistent à administrer des suppléments de fer et d'acide folique, à donner un traitement vermifuge pour les infestations intestinales, à prévenir le paludisme, à améliorer les soins obstétricaux et à prendre en charge l'anémie grave. Les consultations prénatales sont également l'occasion de donner des conseils nutritionnels, notamment sur la supplémentation dans des contextes connaissant des carences en micronutriments et d'encourager l'allaitement maternel.

**Prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et de la transmission mère-à-enfant du VIH (Section III chapitre 7)** Les infections du tractus génital, telles que la syphilis, la gonorrhée et la chlamydia peuvent être dépistées et traitées dans le cadre des CPN. Bien que les estimations varient, 50 % au moins des femmes avec syphilis aiguë connaîtront de graves problèmes pendant la grossesse. Plus l'infection maternelle est récente, plus le bébé court de risque d'être affecté. La plupart des pays de l'Afrique subsaharienne comptent des taux élevés de syphilis. L'OMS recommande un dépistage de toutes les femmes enceintes lors de la première CPN du premier trimestre et à nouveau lors de l'accouchement. Les femmes dont le test de dépistage de la syphilis est positif doivent être traitées et informées de l'importance du test de dépistage de l'infection à VIH. Il faut également traiter leurs partenaires et prévoir le traitement du bébé après la naissance.

La lutte contre la syphilis chez les femmes enceintes par l'intermédiaire d'un dépistage prénatal universel et du traitement de cas positifs est reconnue comme une intervention faisable et efficace par rapport aux coûts. Les complications de la syphilis sont graves et pourtant, le traitement est bon marché et efficace. Toutefois, un grand nombre de femmes qui se rendent aux CPN ne reçoivent ni dépistage ni traitement pour la syphilis, d'où des morts-nés et des décès maternels qui auraient pu être évités. C'est souvent le manque de fournitures pour le test qui en

est responsable alors qu'il existe à l'heure actuelle des tests simples et efficaces de dépistage de la syphilis qui peuvent être utilisés, même aux niveaux les plus bas de la structure sanitaire.<sup>30</sup>

Les CPN sont le point d'entrée essentiel de la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) et pourtant, il existe bien des occasions ratées entre les deux services, tel que le montrent les profils de pays dans cette publication, ainsi que le Graphique III.2.1. Un grand nombre de pays ont adopté un système offrant à toutes les femmes enceintes des services de conseils et de dépistage volontaires dans le cadre des CPN, cherchant ainsi à augmenter le nombre de femmes qui passent le dépistage. Malgré les faibles niveaux actuels de couverture, de solides engagements politiques, des ressources accrues pour la PTME et l'importance toujours plus grande donnée aux soins intégrés de la part d'un même prestataire sont autant de bonnes occasions de renforcer les CPN, surtout les préparatifs à la naissance, l'utilisation de prestataires qualifiés lors de l'accouchement, ainsi que l'information et les conseils sur les options d'alimentation du nourrisson.

**Autres interventions de CPN** Les autres interventions qui peuvent être ajoutées aux CPN exigent un niveau plus élevé de complexité du système de santé, bien qu'elles aient fait leurs preuves dans l'amélioration de la santé et de la survie maternelles et/ou néonatales. S'agissant de la supplémentation en calcium dans des contextes où existent des carences en calcium, du traitement de la bactériurie, de l'administration de stéroïdes prénatals pour le travail prématuré et de l'administration d'antibiotiques pour une rupture prolongée des membranes. Ces interventions sont disponibles dans les centres hospitaliers universitaires et les cliniques prénatales privées.

## Défis

Pour répondre aux besoins des femmes enceintes, les CPN doivent traiter les multiples affections directement ou indirectement liées à la grossesse, notamment le paludisme, les carences nutritionnelles, les IST, le VIH et la tuberculose. Lors des CPN, une information et des conseils seront donnés sur la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, y compris les soins du nouveau-né. La meilleure manière de le faire est d'intégrer les programmes et de disposer de prestataires de soins de santé aux compétences polyvalentes. Par ailleurs, l'intégration est facile sur papier mais l'est nettement moins dans la réalité et l'adjonction d'autres interventions risque de submerger un programme qui est déjà surchargé et sous-financé (voir Section IV).

Si le manque d'infrastructure affecte moins les CPN que d'autres services le long de la continuité des soins, les CPN n'en partagent pas moins avec les autres éléments des défis influencés par l'offre et la demande : les faiblesses générales du système de santé et les barrières sociales, économiques et culturelles.

### Facteurs liés à l'offre

Bien des pays ont du mal à fournir des soins prénatals de qualité, surtout dans les zones rurales et périurbaines. Les différents niveaux du système de santé luttent entre eux pour obtenir personnel et argent et la communication n'est pas très développée avec d'autres programmes ou composantes (paludisme, VIH, soins obstétricaux d'urgence), surtout lorsque les politiques sont mal définies. Les budgets de la santé aux niveaux national et sous-national sont souvent trop petits et dépendent fortement du financement des bailleurs de fonds. Service peu visible, les soins prénatals ne reçoivent pas toujours le financement nécessaire. Au niveau local, il n'existe qu'une faible capacité de gestion et les districts les plus pauvres auront du mal à obtenir les fonds pour dispenser les activités essentielles des CPN ou pour attirer du personnel auquel on n'arrive pas à

offrir suffisamment d'incitations. La faible qualité des CPN s'explique par le manque de protocoles à jour, des rôles mal définis pour les programmes ou le personnel et de faibles systèmes de suivi. Des mécanismes réglementaires précaires ou une capacité insuffisante pour faire appliquer ces réglementations fait qu'il est bien difficile d'évaluer la qualité des soins dans les centres publics et privés dispensant des CPN. Pour de nombreux pays en Afrique, la création d'un système de santé fonctionnel avec une couverture universelle de CPN de qualité relève d'un véritable défi (quatre consultations au moins à des moments corrects de la grossesse).

Les ressources humaines sont un défi de taille. L'affectation de personnel dans les zones rurales est extrêmement difficile, surtout lorsqu'il n'existe pas d'incitations économiques ou de promesses de carrière qui attireraient et retiendraient le personnel dans ces conditions guère favorables. Ce personnel n'aura pas toujours les compétences nécessaires pour fournir toutes les composantes des CPN ou n'obtiendra pas le soutien dont il a besoin. Les soins prénatals sont pourtant la base pour soutenir des groupes spéciaux, tels que les adolescents, les victimes féminines de la violence conjugale et les mères célibataires, puisque ces groupes courent un risque plus élevé de mortalité, de naissances prématurées, d'insuffisance pondérale à la naissance (IPN) et d'abandon et de négligence des enfants. Et pourtant, c'est bien difficile pour ces prestataires de CPN qui ploient déjà sous la charge et qui s'efforcent tout simplement d'apporter les messages fondamentaux de promotion sanitaire avec des ressources limitées et un nombre excessif de clients. D'après une étude récente, la prestation des CPN focalisées demande 30 minutes en plus en moyenne que la pratique actuelle. Le temps nécessaire pour chaque CPN focalisée comporte des implications pour les niveaux de personnel et des coûts d'opportunité, tant pour les établissements de santé que pour les femmes qui s'y présentent.<sup>19</sup> Certaines étapes pratiques sont données ci-après en vue d'anticiper et d'éviter ce surcroît de travail.

Une pénurie de fournitures, de médicaments et d'équipement peut compromettre la qualité des soins, la motivation du personnel et l'utilisation de services. De faibles systèmes d'orientation pour la prise en charge des complications de la grossesse réduisent inévitablement l'impact général des soins prénatals.

#### **Barrières sociales, économiques et culturelles**

La couverture en soins prénatals est la plus faible parmi les femmes qui en ont le plus besoin : celles qui sont pauvres, moins instruites et qui vivent dans des zones rurales. L'incapacité de payer pour les CPN ou pour le traitement prescrit est une importante barrière dans les centres où les services sont payants et où il n'existe pas d'exonération pour le pauvre. Le conflit ou la mauvaise communication entre les prestataires de soins formels et les accoucheuses traditionnelles et autres ASC explique également la faible utilisation des CPN dans certaines communautés. La grossesse étant vue comme

un processus naturel de la vie, les femmes, les familles et les communautés risquent de sous-estimer l'importance des CPN. De plus, certaines d'entre elles tout simplement ne sont pas suffisamment au courant des signes de danger lors de la grossesse et ne savent pas comment obtenir des soins lorsqu'une complication se présente pendant la grossesse. Nous ne connaissons pas l'ampleur et l'impact de croyances et coutumes familiales et communautaires traditionnelles telles que l'interdiction de manger certains aliments. Les attitudes et les comportements des prestataires de soins dans les services de CPN viennent aggraver la coutume s'ils ne respectent pas la confidentialité, l'intimité et les croyances traditionnelles de la femme. Ces attitudes se répercutent négativement sur la fréquentation des CPN, au même titre que sur les services de SMNI en général.

L'Encadré III.2.3 est un exemple de la Tanzanie allant vers le renforcement des SPN.

### **ENCADRÉ III.2.3 Expansion des consultations prénatales focalisées dans le système de santé en Tanzanie**

La Tanzanie, avec le soutien de partenaires, a mis au point une enveloppe nationale d'interventions essentielles de santé reproductive et infantile dans le cadre de la réforme du secteur de la santé dans le but de renforcer la santé maternelle et néonatale. Les consultations prénatales (CPN) focalisées sont un des piliers de l'enveloppe comportant le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse, les conseils et la supplémentation nutritionnels, ainsi que le dépistage et le traitement de la syphilis. Plus de 90 % des femmes enceintes en Tanzanie se rendent à au moins une consultation prénatale mais, par contre, la couverture baisse en ce qui concerne les interventions essentielles pouvant être dispensées avec un nombre accru de CPN et tout au long de la continuité des soins. Un certain nombre de partenaires collaborent pour traiter la tâche multisectorielle consistant à augmenter la disponibilité et la demande pour des CPN focalisées. Trois stratégies sont utilisées pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales : politiques et plaidoyer, renforcement des capacités et amélioration de la qualité et de la performance.

**Politiques et plaidoyer :** C'est sous le sceau de la collaboration qu'ont été formulées et diffusées les directives nécessaires ébauchant les principales activités de santé reproductive et infantile, en précisant les ressources nécessaires pour entreprendre ces activités, ainsi que les résultats escomptés à chaque niveau du système de prestation de services de santé. C'est le fondement pour définir la performance souhaitée et les objectifs de qualité. Les formulaires d'inscription utilisés lors des CPN ont été adaptés et le programme de formation avant l'emploi et en cours d'emploi a été standardisé pour renforcer les compétences liées aux CPN au sein d'un groupe noyau de formateurs.

**Renforcement des capacités :** Le renforcement des capacités a été soutenu par la mise au point de matériel pédagogique et la mise à jour des compétences du corps enseignant, ainsi que des formateurs en cours de service chargés d'enseigner aux étudiants et de recycler les prestataires en ce qui concerne les compétences liées aux CPN.

**Amélioration de la qualité et de la performance :** Les facteurs affectant la performance ont été identifiés dans les établissements de santé et par des partenaires communautaires dans quatre districts de la Tanzanie au début de 2001. Ces résultats ont permis à des équipes interdisciplinaires de parties concernées, notamment des équipes sanitaires aux niveaux de district et régional, de cerner les lacunes de service. En fonction de ces lacunes, des priorités ont été retenues et des interventions ont été mises en œuvre ciblant une gamme de facteurs liés à la performance tels que la supervision, les connaissances et les compétences, la motivation et la disponibilité de ressources, de fournitures et d'équipement. Les établissements qui répondent aux normes de qualité pourront être homologués, d'où une plus grande demande communautaire pour leurs services. La formation continue en cours d'emploi et la reproduction de cette activité garantiront la viabilité et les résultats à long terme.

Ces activités reçoivent actuellement un soutien du programme ACCESS, dirigé par JHPIEGO

Source : Adapté de la référence<sup>31</sup>

## Étapes pratiques pour le renforcement des soins prénatals

Certaines actions pour renforcer les soins prénatals et arriver ainsi à une meilleure santé maternelle et infantile sont indiquées ci-après et correspondent aux obstacles susmentionnés.

### 1. Formuler ou renforcer les politiques nationales

Une politique nationale et des directives adaptées localement doivent être adoptées pour protéger les droits des femmes, quel que soit leur statut socioéconomique ou lieu de résidence, afin qu'elles puissent accéder aux services de soins prénatals. Des directives factuelles sont nécessaires au niveau national détaillant les composantes essentielles minimales des CPN, conformément au profil épidémiologique du pays et à ses priorités et reposant sur les directives et recommandations de l'OMS.

### 2. Renforcer la qualité des services de soins prénatals

Il s'agit de promouvoir les directives et les normes à la base des soins prénatals focalisés :

- La formation doit être revue en vue d'intégrer les protocoles sur les soins prénatals focalisés et les nouvelles compétences (tests de RPR pour la syphilis, TPI et MII), TAR, compétences de counselling, normes des audits). On conseille une rotation du personnel entre ces divers services. L'attitude et la motivation des prestataires de soins sont d'importance critique.
- Moment de la prestation de services. Dans certains pays où un grand nombre de femmes consultent à plus de quatre reprises les services de soins prénatals, il serait bon de les limiter à quatre et de passer ainsi plus de temps lors de chaque visite. De plus, certaines tâches peuvent être déléguées à d'autres membres du personnel, par exemple, la documentation et la pesée peuvent être confiées à un personnel plus administratif, libérant ainsi les cadres pour des tâches plus qualifiées, à impact plus élevé. Une telle délégation demande certains changements au niveau des politiques. De plus, les groupements féminins et les ASC peuvent donner des conseils dans la communauté sous supervision de prestataires qualifiés et avec services de transfert vers un établissement de santé.
- Les fournitures et la logistique représentent un aspect important de soins prénatals efficaces pouvant compter sur une disponibilité régulière de trousses pour les tests de la syphilis et le dépistage du VIH, ainsi que d'équipement et de médicaments essentiels.
- Les approches et outils d'amélioration de la qualité permettent de cerner et de supprimer les obstacles entravant des CPN efficaces orientés sur les clients et vérifiant que les femmes reviennent après leur première consultation.

### 3. Plus grande intégration avec d'autres programmes

Afin d'apporter le maximum possible d'occasions aux femmes enceintes, les services doivent profiter des programmes existants, surtout ceux réalisant des activités à l'extérieur ciblant les femmes en âge de procréer. Un tel effort est particulièrement important dans les contextes où la couverture en soins prénatals est faible. Les stratégies nationales pour le paludisme, le VIH, la syphilis et la nutrition doivent être intégrées aux CPN.

### 4. Harmoniser les activités de multiples partenaires au sein d'un partenariat efficace

Un certain nombre de stratégies régionales et nationales offrent de bonnes possibilités de renforcer les programmes dans les pays. Il s'agit de sensibiliser les associations professionnelles et les organisations non gouvernementales travaillant avec les femmes et les enfants et de leur montrer l'importance des soins prénatals dans la continuité des soins.

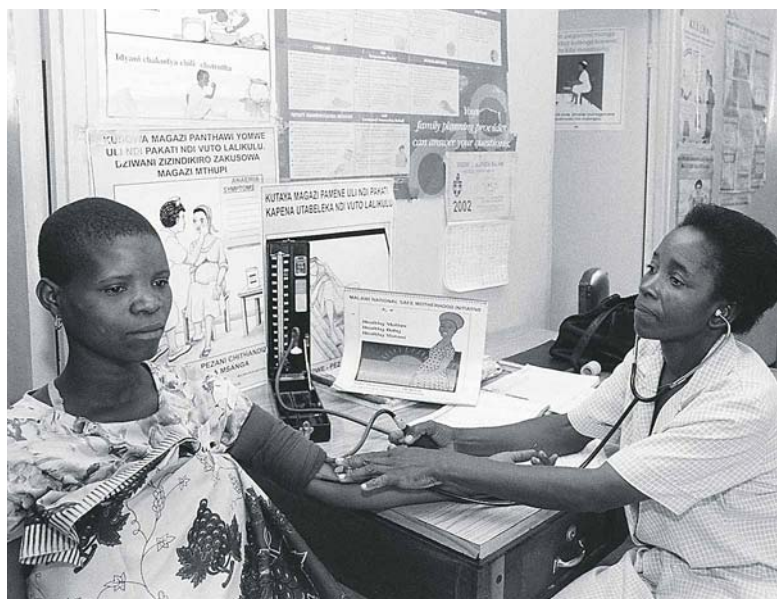
### 5. Baisser les barrières à l'accès des soins et atteindre les femmes privées d'accès

La fréquentation des services de CPN sera encouragée si on diminue les barrières à l'accès, tels que les services payants, les horaires d'ouverture limités, les longs déplacements et temps d'attente, ainsi que la déshumanisation des soins.

Des stratégies doivent être mises en place pour donner aux communautés les moyens de venir à bout des obstacles empêchant la prestation de soins et d'atteindre les 30 % manquants de femmes qui n'obtiennent pas de CPN. A cette fin, on pourra utiliser des canaux communautaires pour dépister les femmes enceintes, cibler celles qui probablement, ne se rendent pas aux consultations prénatales, telles que les adolescentes et les femmes qui sont pauvres et célibataires, puis faire en sorte que les services répondent davantage aux besoins des femmes.

### 6. Utiliser efficacement les données pour suivre et améliorer la couverture et la qualité des services prénatals

Nul doute, les données existent, surtout celles des enquêtes démographiques et de santé et des systèmes d'information sur la gestion sanitaire, mais elles ne sont pas toujours utilisées efficacement par les décideurs et les programmeurs en vue d'améliorer la qualité des soins (voir Section I). Les profils de pays de cette publication indiquent ces occasions ratées exprimées comme étant l'écart entre les femmes enceintes recevant une visite et celles recevant quatre visites de CPN. Le fait d'invoquer l'écart dans l'accès aux soins entre les riches et les pauvres viendra appuyer le plaidoyer pour obtenir plus de ressources et rehausser la qualité des soins.



### ENCADRÉ III.2.4 Indicateurs des consultations prénatales

- Proportion de femmes enceintes qui se sont rendu à au moins une consultation prénatale<sup>#</sup>
- Proportion de femmes enceintes qui se sont rendu à au moins quatre CPN
- Protection contre le tétanos à la naissance\*
- Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu un TPI pour le paludisme en fonction du protocole national pour le TPI
- Traitement antirétroviral pour la PTME du VIH\*
- Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes<sup>#</sup>
- Proportion de femmes enceintes avec un plan écrit de préparatifs à la naissance et en cas d'urgence, à la 37<sup>e</sup> semaine de grossesse

\* Indicateurs néonataux et infantiles clés du processus de survie de l'enfant du Compte à rebours à 2015

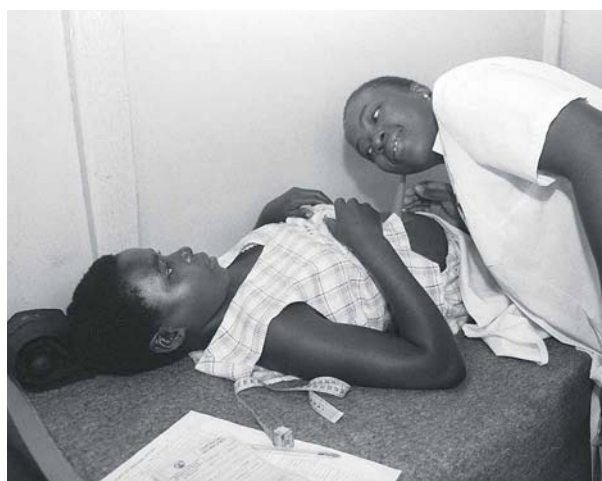
<sup>#</sup> Indicateurs clés de santé de la reproduction de l'OMS

Pour une liste complète des indicateurs, voir Section IV.

L'Encadré III.2.4 présente les indicateurs possibles pour améliorer le suivi programmatique des soins prénataux. Il comprend la couverture de quatre visites de CPN ou plus et la couverture en interventions clés (vaccination antitétanique, TPI, test et traitement de la syphilis et PTME, supplémentation en fer et folate, traitement vermifuge). Les indicateurs au niveau processus varient selon le programme mais concernent pratiquement toujours la compétence du personnel pour traiter les complications maternelles et procéder à la réanimation des nouveau-nés, la disponibilité d'équipement fondamental, les tests de laboratoire, les médicaments et fournitures, la réalisation d'activités de promotion sanitaire, les heures d'ouverture des centres de santé, la tenue des dossiers ; le respect de l'intimité et de la confidentialité et les mesures de prévention des infections. Les indicateurs au niveau processus devraient également évaluer la qualité de la communication, telle que la proportion de femmes enceintes comptant un plan écrit de préparatifs à la naissance et aux urgences à la 37<sup>e</sup> semaine de la grossesse.

### Conclusion

Les services de soins prénataux en Afrique couvrent plus des deux tiers des femmes enceintes. La couverture semble également s'étendre en ce qui concerne les quatre consultations recommandées et la visite de CPN du premier trimestre. De multiples programmes verticaux dépendent des CPN pour déployer leurs interventions et représentent tant un défi qu'une occasion à saisir. Lien critique dans la continuité des soins, les soins prénataux offrent d'immenses possibilités d'arriver à un grand nombre de femmes et de communautés et de leur apporter des interventions efficaces de soins cliniques et de promotion de la santé. Et pourtant, l'inégalité sépare encore les jeunes, les femmes des zones rurales, les pauvres et celles moins instruites risquent de ne pas pouvoir profiter autant des services de CPN ou abandonneront, arrêtées par des barrières au niveau de l'accès et découragées par des services de faible qualité. Tout effort en vue de renforcer les soins prénataux doit viser la couverture universelle en levant les barrières financières et culturelles afin d'arriver jusqu'aux groupes vulnérables, améliorant la qualité pour augmenter la satisfaction des femmes et diminuant les abandons. Il doit également intégrer les programmes pour arriver au maximum de contact entre les femmes et les services de santé.



### Actions prioritaires pour renforcer les soins prénataux

- Améliorer la qualité des services de CPN
  - Revoir la formation avant l'emploi et en cours d'emploi pour les prestataires des CPN pour inclure les volets essentiels et les nouvelles compétences requises
  - Améliorer l'approvisionnement et la logistique
- Forger des liens avec d'autres programmes, surtout des programmes traditionnellement verticaux, tels que le paludisme et le VIH
- Harmoniser les activités grâce à un partenariat efficace
- Diminuer les barrières à l'accès des soins et atteindre les femmes privées de cet accès
- Mieux utiliser les données pour suivre et améliorer la couverture et la qualité des SPN



On ne peut pas toujours prévoir à l'avance le recours nécessaire à la réanimation et, par conséquent, le personnel soignant présent à l'accouchement doit savoir comment utiliser un sac et un masque dans le cas où le bébé ne respire pas (Encadré III.3.5). Les établissements de santé doivent également être des lieux amis-des-mères et amis-des-bébés qui encouragent un allaitement immédiat et exclusif pour les mères qui ont choisi de nourrir au sein leur bébé. Les services de PTME, tels que le dépistage et les conseils pour le VIH et les médicaments antirétroviraux, devraient être disponibles dans chaque salle d'accouchement. C'est particulièrement important dans les pays avec une prévalence élevée du VIH. Les mères infectées par le VIH qui souhaitent prévenir la transmission du virus à leur bébé en choisissant de ne pas allaiter doivent recevoir des conseils sur les diverses possibilités d'alimentation, ainsi qu'une information, des conseils et un soutien de la part des agents de santé après avoir pris leur décision.

### 3. Possibilités d'inclure les soins néonataux essentiels et d'urgence tout en étendant les SOU

Tous les établissements de santé fournissant des SOU de base et complets devraient inclure les soins néonataux essentiels et d'urgence, y compris la réanimation du bébé. La détresse fœtale est une indication de césarienne et, dans bien des pays, c'est d'ailleurs une cause de l'accroissement des césariennes. Par contre, dans les contextes aux modiques ressources, c'est la sécurité de la mère qui devrait être la priorité. Si le personnel ne sait pas prendre en charge les complications, il faut transférer immédiatement la mère et le nouveau-né en cas de complications. Les audits sur les décès maternels et les quasi-décès ou morts rattrapés doivent également examiner les mortinaissances et les naissances néonatales. Dans les évaluations des SOU, il faudrait inclure les fonctions néonatales essentielles, notamment la réanimation et autres indicateurs clés tels que le taux de mortinatalité de l'intra-partum et le taux de mortalité néonatale précoce. Tel que nous le verrons ci-après, de nouveaux indicateurs sont ajoutés aux indicateurs de processus des Nations Unies.

### 4. Augmenter les fournitures essentielles et améliorer la gestion des produits

Si la plupart des gestes néonataux immédiats ne dépendent pas vraiment de l'équipement et des médicaments, certaines fournitures n'en sont pas moins nécessaires, telles qu'un sac et des masques pour la réanimation. En Asie, des sacs et masques fabriqués localement coûtent environ 10 \$ pièce, alors qu'en Afrique, ces articles sont importés à environ huit fois ce prix et ne sont pas toujours disponibles. Il est important de revoir les fournitures disponibles pour les soins maternels et d'ajouter les fournitures nécessaires pour les soins néonataux pour bien gérer les produits. Les stéroïdes prénatals pour les femmes avec un travail prématuré sont très efficaces pour réduire les décès des bébés prématurés imputables à des complications respiratoires<sup>33</sup> et pourtant, peu d'établissements avec cette capacité prennent ces mesures et les stéroïdes, alors qu'ils sont d'un faible coût, ne figurent que rarement sur les listes de médicaments essentiels. Les troussees préemballées ont permis d'améliorer la disponibilité des fournitures, des médicaments et autres produits pour les SOU et une approche analogue pourrait être utilisée pour les fournitures néonatales essentielles et d'urgence adaptées à différents niveaux de soins (Tableau III.3.2). Il est également important de chercher à renforcer la logistique du système de santé pour les fournitures. Des innovations permettraient de diminuer les coûts et des dispositifs plus solides pourraient être utilisés dans des contextes où l'approvisionnement en électricité n'est pas fiable.

#### ENCADRÉ III.3.5 Le souffle de la vie

Tous les prestataires qualifiés devraient être en mesure de réanimer un bébé qui ne respire pas à la naissance. Cette formation demande une pratique axée sur la compétence avec un modèle de bébé pour la réanimation.

Dans les services obstétricaux d'urgence, une équipe de réanimation néonatale devrait être disponible pour assister aux naissances, surtout aux césariennes d'urgence, aux naissances de bébés très prématurés ou aux accouchements par le siège ou accouchements avec présence de liquide amniotique épais avec des traces de méconium.

Le centre hospitalier universitaire de Kayunga, en Ouganda, à moins d'une heure en voiture de Kampala, dessert une population de 320 000 personnes. La salle de travail a trois lits. Le coin de réanimation néonatale a été mis en place en 2005 avec l'assistance de néonatalogistes du centre hospitalier universitaire national. En un an, on a réussi à réanimer 25 bébés avec un Score Apgar de moins de cinq. Vingt-trois ont survécu et deux sont décédés. Sans réanimation, un grand nombre de ces bébés seraient morts ou auraient été atteints de graves lésions cérébrales.



**TABLEAU III.3.2 Où, quoi et qui ? Fournitures pour les soins néonataux essentiels et d'urgence**

Où ?	Qu'est-ce qui est nécessaire ?	Qui l'utilise ?
Trousse d'accouchement propre pour les accouchements à domicile	Drap en plastique, rasoir, nœud pour le cordon, dépliant avec images sur les signes de danger maternels et néonataux	Personne qui apporte une assistance à l'accouchement lorsqu'il n'y a pas d'accoucheuse qualifiée
Trousse pour soins néonataux essentiels pour les accouchements à domicile avec prestataire qualifié	Contenu susmentionné plus balance portable, médicaments essentiels, sac et masque, seringue ou dispositif de succion portable	Prestataires qualifiés
Trousse pour soins néonataux essentiels pour les établissements sanitaires	Contenu susmentionné plus balance et dispositif de succion et oxymètre de pouls	Prestataires qualifiés
Trousse pour soins néonataux essentiels pour les hôpitaux	Contenu susmentionné plus canule IV, tubulures et liquides ; tubes nasogastriques ; thermomètre ; oxygène ; et antibiotiques pour injection	Prestataires qualifiés et médecins

Note : Voir CD joint pour une liste détaillée et autre équipement facultatif.

### 5. Possibilités d'améliorer des comportements sains à domicile et de d'établir un lien entre les ménages et les établissements de santé

*Encourager la planification de la naissance et les préparatifs en cas d'urgence.* Il est important de préciser que les préparatifs à la naissance et de bons soins à domicile pour les mères et les nouveau-nés sont chose différente que d'encourager les naissances à domicile. De fait, l'expérience nous montre que, lorsque les communautés sont mieux informées sur les bonnes pratiques de

soins et préparées aux complications maternelles et néonatales, un plus grand nombre de femmes choisissent d'accoucher dans des établissements de santé.<sup>34</sup> La participation de la famille et de la communauté aux préparatifs de la naissance et préparatifs en cas d'urgence aide à raccourcir le premier retard (Encadré III.3.1) lorsqu'on décide s'il faut consulter les services de santé, en cas de complications de l'accouchement à domicile. Les mères, les membres de la famille et les agents communautaires devraient connaître les signes de danger indiquant des complications maternelles et néonatales (Encadré III.3.6).

La plus grande disponibilité de téléphones portables dans les zones rurales facilite la communication en cas d'urgence. Une mobilisation communautaire pour mettre sur pied des équipes de transport d'urgence améliore l'accès aux SOU, tel qu'on a pu le voir dans les zones rurales de la Tanzanie où les communautés ont collaboré pour mettre en place des équipes de brancard à bicyclette ou sur barque pour les femmes connaissant des complications du travail.<sup>35</sup> Au Ghana, le gouvernement rembourse les coopératives locales de transport qui amènent les femmes et les bébés à l'hôpital en cas d'urgence. Les plans de prépaiement communautaire aident également les familles pauvres à assumer les paiements dans les points de services.

*Envisager le rôle des maisons d'attente de maternité.* Les maisons d'attente assurent le relais entre le domicile et l'établissement de santé<sup>36</sup> et plusieurs études en Afrique indiquent un net recul de la mortalité et de la mortalité néonatale si les femmes utilisent ces maisons d'attente de maternité.<sup>37</sup> Les femmes qui vivent loin de l'établissement de santé, qui ont déjà eu des problèmes lors de la grossesse et qui ont déjà eu des accouchements difficiles sont les premières clientes de ces maisons d'attente. Nombreux hôpitaux de district en Afrique ont déjà une maison d'attente, mais ce sont les conditions et l'utilisation qui varient. L'expérience nous montre qu'une maison d'attente d'un coût abordable, qui dispense des soins de base, avec un bon confort et une sécurité et où les membres de la famille et les jeunes enfants sont les bienvenus, située en plus proche d'un établissement de SOU complets a toutes les chances d'être bien remplie.

#### ENCADRÉ III.3.6 Signes de danger pendant et immédiatement après l'accouchement

S'il existe un de ces signes de danger, la mère et le bébé devraient se rendre immédiatement à l'hôpital ou au centre de santé :

##### Mère

- Si elle perd les eaux mais qu'elle n'est pas en travail après six heures
- Les douleurs du travail continuent pendant plus de 12 heures
- Saignement abondant (deux à trois serviettes hygiéniques trempées en 15 minutes)
- Le placenta n'est pas expulsé dans l'heure qui suit la naissance du bébé

##### Bébé

- Difficulté à respirer (ne pleure pas à la naissance)
- N'est pas capable de se nourrir
- Fièvre (>38°C) ou a une peau froide (<35,5°C)
- Très petit (moins de 1 500 grammes ou né avant 32 semaines)
- Convulsions
- Saignement excessif

Source : Adapté de la référence<sup>17</sup>



*Envisager la possibilité d'utiliser des sages-femmes communautaires.* Lorsque les familles ont accès aux établissements, les modèles du coût-efficacité nous montrent qu'une approche basée dans l'établissement avec suffisamment de sages-femmes et une qualité de soins acceptable est celle qui permettra l'expansion la plus rapide.<sup>30</sup> Par ailleurs, lorsque l'accès à l'établissement est plus difficile, certains pays pourraient envisager une stratégie intérimaire pour les soins aux accouchements à domicile, à l'exemple de celle mise en œuvre en Indonésie.<sup>38</sup> Les accoucheuses professionnelles peuvent travailler à partir de leur domicile ou avec d'autres sages-femmes en équipes s'il existe de bons liens de soutien et de transfert. Dans les zones rurales du Kenya, un projet pilote a entrepris de recruter des sages-femmes à la retraite pour qu'elles apportent les soins aux accouchements à domicile, les reliant aux établissements de santé locaux pour tout soutien supplémentaire.<sup>39</sup>

*Encourager les partenariats sages-femmes/AT.* Les accoucheuses traditionnelles ne sont pas un groupe homogène : certaines sont formées, d'autres ne le sont pas ; certaines sont bien établies, d'autres n'apportent une assistance qu'à quelques accouchements par an ; la plupart travaillent à partir de chez elles et certaines aident les établissements de santé lorsque le personnel soignant qualifié est en nombre insuffisant. Certaines AT sont reliées au système de santé et notifient d'ailleurs le nombre d'accouchements à l'établissement de santé le plus proche, bien que la plupart ne soient pas supervisées. Les AT fournissent des soins à l'accouchement et souvent sont reconnues comme des membres communautaires, mais ce ne sont pas des prestataires qualifiés et, isolément, elles ne sont pas capables de sauver la vie des femmes. Rien ne vient prouver l'efficacité d'une réanimation néonatale par une AT lors d'un accouchement à domicile. Aussi, le dépistage et le transfert rapides de femmes souffrant de complications obstétricales devraient être une priorité des programmes. Et pourtant, tel que décrit dans l'Encadré III.3.7, les AT peuvent faire une contribution importante, surtout en encourageant les soins qualifiés et en accompagnant les mères pour qu'elles accouchent dans un établissement de santé qui dispense des soins maternels et néonataux essentiels. En effet, ces transferts sont bien plus utilisés lorsqu'on fait connaître ces liens et que les AT encouragent effectivement les mères à se rendre à un établissement lorsque commence le travail.<sup>40,41</sup> Les AT sont de bons défenseurs des soins qualifiés, mais elles ne sauront assumer ce rôle que s'il existe de bonnes relations de travail avec les prestataires qualifiés et le personnel des établissements de référence (Encadré III.3.11).

### ENCADRÉ III.3.7 Nouveaux rôles pour les accoucheuses traditionnelles

Une accoucheuse traditionnelle à Canda, au Burundi, nous raconte comment elle a su rendre les accouchements moins dangereux pour les femmes :

« Lorsqu'une naissance est imminente à la maison, j'apporte un soutien à la femme. Car même une femme avec un accouchement qui semble normal peut avoir des problèmes internes. L'accouchement à domicile est très difficile car les femmes et les bébés peuvent mourir. A présent, je viens avec les femmes pour qu'elles accouchent au centre de santé car il y a cinq infirmières et l'ambulance vient de l'hôpital provincial en cas de complications. On ne me paye pas mais la famille partagera avec moi de la nourriture et certains des cadeaux que reçoit la mère après la naissance. »

*Pour les naissances sans assistance, encourager des comportements sains.* Lorsque les soins qualifiés ne sont pas accessibles, des étapes intérimaires peuvent être prises pour mobiliser les familles et les communautés afin de vérifier que chaque femme obtienne des soins adéquats et que soient prises les bonnes mesures d'hygiène lors de l'accouchement, tant pour la mère que le nouveau-né. Il faut dépister et transférer immédiatement en cas de signes de danger. Voici les comportements sains qu'il faudrait adopter au minimum :

- Accouchement avec les « six propres » (Encadré III.3.8) ou trousse pour accouchement propre. De telles pratiques éviteraient 6 % à 9 % des 1,16 million de décès de nouveau-nés dans les pays de l'Afrique subsaharienne. (Pour de plus amples informations sur les intrants de cette analyse, voir notes de données à la page 226.)

### ENCADRÉ III.3.8 Les six « propres »

1. Mains propres de l'accoucheuse
2. Surface propre
3. Rasoir propre
4. Nœud du cordon propre
5. Serviettes propres pour sécher le bébé et ensuite pour envelopper le bébé
6. Tissu propre pour recouvrir la mère

- Soins du nouveau-né, notamment propreté, chaleur (soins peau à peau), allaitement exclusif dans l'heure qui suit la naissance et soins oculaires et du cordon.
- Soins supplémentaires du bébé prématuré et du bébé né avec une IPN si le bébé est petit mais peut être allaité.
- Application de la PTME du VIH pour les familles où l'on connaît le statut VIH, par exemple, en recommandant d'autres options que l'allaitement maternel si elles sont faisables et adéquates.
- Dépistage à temps et transfert rapide en cas de signes de danger pour la mère et le nouveau-né.
- Inscription de la naissance au registre d'état civil.
- Espacement des naissances et planification familiale.
- Vaccinations au jeune âge.

### 6. Inclure les indicateurs néonataux au suivi et à l'évaluation

Les programmes de soins maternels et néonataux devraient être évalués en fonction d'un ensemble convenu d'indicateurs, tant qualitatifs que quantitatifs. Dans la plupart des pays, les systèmes routiniers d'information sanitaire suivent des indicateurs tels que le nombre d'hospitalisations, de naissances, de césariennes, etc. On ne dispose que de peu d'information sur la qualité des soins maternels et néonataux, telle que le taux de mortinatalité de l'intra-partum, le nombre de bébés recevant des gestes de réanimation, ainsi que le pourcentage de nouveau-nés obtenant des soins néonataux essentiels (Encadré III.3.9). Aussi, serait-il utile d'inclure des indicateurs clés de soins néonataux dans les registres de maternité, les récapitulatifs mensuels, les systèmes d'information en gestion sanitaire, les EDS, l'évaluation de la prestation de services et autres enquêtes importantes et de les aligner sur le processus de suivi et d'évaluation pour les OMD. Un nouvel indicateur ajouté récemment aux indicateurs du processus des Nations Unies est celui du taux de mortalité de l'intra-partum qui mesure la proportion de mort-nés de l'intra-partum et les décès néonataux très précoces (dans les premières 6 à 12 heures de la vie) chez les bébés pesant plus de 2 500 grammes.<sup>16</sup> Il s'agit d'une mesure sensible de la qualité des soins de l'intra-partum.

#### ENCADRÉ III.3.9 Indicateurs clés pour la santé néonatale pendant l'accouchement

- Naissances assistées par un prestataire qualifié\*#
- Besoin satisfait de soins obstétricaux d'urgence
- Taux de mortinatalité (macéré et frais)
- Nouveau-nés réanimés
- Nouveau-nés obtenant des soins néonataux essentiels à la naissance de la part de prestataires qualifiés
- Allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance
- Personnel qualifié dans les établissements de santé compétent pour prendre en charge les complications néonatales

\*Indicateurs néonataux et infantiles clés du processus de survie de l'enfant Compte à rebours à 2015

#Indicateurs clés de santé de la reproduction de l'OMS Pour une liste complète des indicateurs, voir Section IV.

De plus, il s'agit d'augmenter la couverture et la qualité générales des dossiers de naissance pour les mères et les enfants. Actuellement, les décès maternels et néonataux et les complications ne sont pas notés correctement, d'où une sous-estimation des décès maternels et néonataux et des mort-nés. Les registres de maternité doivent être revus pour tenir compte des issues fœtales et néonatales, ainsi que des issues maternelles.<sup>44</sup> Il faudra également noter le mode d'accouchement, le sexe, le diagnostic, le traitement et les transferts pour complications maternelles et néonatales. D'autres possibilités existent pour inclure les mort-nés et les issues néonatales dans les systèmes d'audit sur la mortalité maternelle, par exemple, « Au-delà des nombres » (*Beyond the Numbers*) de l'OMS.<sup>45</sup>

Il est important que les programmes qui visent à réduire la mortalité maternelle et néonatale se donnent de solides bases de données pour suivre les progrès et les changements. En effet, cela soutiendra le plaidoyer et aidera à classer par priorité les crédits budgétaires pour les soins de santé maternelle et néonatale.

### Défis et obstacles

Les défis à relever au niveau de l'expansion des soins qualifiés pour les femmes et les bébés peuvent être vus sous l'angle des barrières à la fourniture de services et de la demande limitée pour ces services.

#### Obstacles entravant la prestation de soins lors de l'accouchement

L'accès universel aux soins qualifiés et aux SONU est particulièrement difficile à atteindre suite à l'infrastructure nécessaire (salle d'opération), aux ressources humaines (personnel clinique très qualifié avec temps de réponse rapide, disponible 24 heures par jour) et aux fournitures fiables de sang, de médicaments et d'équipement.<sup>27</sup> D'après les estimations, 180 000 sages-femmes en plus sont nécessaires dans les 10 années à venir en Afrique pour répondre au déficit actuel.<sup>14</sup> De telles ressources demandent un financement important, alors que les soins maternels, néonataux et infantiles doivent rivaliser avec des programmes verticaux bien financés. La collaboration avec des programmes verticaux et partant l'effet de synergie pour la santé maternelle, infantile et néonatale dépend d'aptitudes spéciales aux niveaux des politiques et des programmes, ainsi qu'une bonne coordination intersectorielle et un renforcement du système de santé en général.

Si l'on offre des soins de bonne qualité, on créera automatiquement une demande pour les services au sein de la communauté. Les femmes et la communauté en général doivent participer à l'amélioration de la qualité des services. Des soins de qualité lors du travail et de l'accouchement dépendent de compétences fondamentales définies par l'OMS, la Confédération internationale des Sages-Femmes (ICM) et la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).<sup>9</sup> Les normes et protocoles cliniques adoptés à l'échelle mondiale doivent être adaptés et appliqués sur le plan local et les nouveaux protocoles doivent être mis à jour plus rapidement au vu du flux constant de nouvelles données. La formation en cours d'emploi s'accompagne de coûts élevés, directs et d'opportunité, surtout au vu de l'apport continu de nouveaux faits probants devant être intégrés à la formation. Il s'agit de revoir les outils et protocoles de supervision actuels pour vérifier que le personnel est bien soutenu et pour faciliter ainsi la prestation de services intégrés de bonne qualité.

### ENCADRÉ III.3.10 Diminuer les retards et améliorer les soins qualifiés : progrès au centre de santé communautaire de Ntobwe

Grâce à l'amélioration de la qualité des soins, le nombre de naissances au centre de santé communautaire de Ntobwe au Rwanda augmente au point où pratiquement toutes les mères accouchent à présent dans ce centre. Presque toutes les mères se rendent aux consultations prénatales (CPN) et bénéficient des interventions essentielles - vaccination antitétanique, conseils sur les signes de danger, information sur l'allaitement maternel, traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse et PTME. L'infirmière qui se trouve au centre n'a pas reçu de formation portant sur les SOU et, par conséquent, elle oriente la plupart des complications obstétricales vers l'hôpital de district de Muhororo en utilisant des brancards. Le centre de santé communautaire est également un foyer d'attente pour les femmes qui habitent loin. Après 38 semaines de grossesse, une mère peut attendre dans le centre de santé communautaire gratuitement du moment qu'elle s'est rendu à trois CPN. Les membres de la famille doivent lui apporter à manger.

Dans l'essentiel, les accoucheuses traditionnelles (AT) n'assistent plus aux naissances, suite à la connaissance communautaire et aux interventions administratives. Leur nouveau rôle consiste à apporter éducation et promotion sanitaires. Lors d'une rencontre communautaire, une AT note que « Par le passé, nous assistions aux accouchements car les gens n'avaient pas l'argent pour payer et l'hôpital de district était trop éloigné. A présent, les gens ont une assurance maladie et le centre de santé apporte de bons soins et, par conséquent, il n'existe plus ces obstacles. Nous avons perdu notre travail, mais nous sommes bien heureuses que les mères et les bébés survivent. »

Plus de 90 % des ménages participent à un plan d'assurance maladie. Il revient à environ 1 \$US par membre de la famille et par an. En cas de maladie, un membre doit payer 0,50 \$US pour commencer et le reste des soins sont gratuits. Par contre, si un malade doit se rendre à l'hôpital de district, seuls 20 % de tous les frais sont couverts. Quatre comités d'urgence transportent les cas d'urgence sur la base du partage de coûts. Un système efficace de gestion de l'information améliore les soins. Par exemple, si une femme au troisième trimestre, proche de la date estimée de l'accouchement, ne s'est pas présentée, le centre de santé communautaire cherche à la contacter pour voir si la date de l'accouchement a été estimée incorrectement ou pour lui assurer un suivi si elle a accouché à domicile.

Les examens de la mortalité maternelle et périnatale, les examens des quasi-décès ou morts rattrapés et les audits cliniques en fonction de critères donnés, *débouchant sur une action concrète*, traiteront des problèmes de qualité de soins et permettront de faire reculer les décès maternels et néonataux dus à des facteurs évitables. Le prestataire doit être responsabilisé pour fournir un service de qualité.<sup>46</sup> Bien difficile par ailleurs de maintenir les progrès au vu des rotations fréquentes du personnel après la formation et de « la fuite des cerveaux ». Le manque de motivation chez le personnel se répercute sur la qualité des soins.<sup>27</sup> L'Encadré III.3.11 montre comment un centre de santé au Burundi a amélioré la prestation des soins à l'accouchement.

#### **Demande limitée pour les soins qualifiés à l'accouchement**

Parallèlement, il est impératif d'augmenter la demande pour des soins qualifiés si l'on veut vérifier une continuité efficace des soins du domicile à l'établissement de santé en insistant sur les soins essentiels pour les mères et les nouveau-nés et de meilleurs comportements de consultation en cas de complications. Dans bien des cas, le manque de collaboration

entre les sages-femmes ou les obstétriciens et les AT affaiblit les liens entre la communauté et les centres de référence (voir Encadré III.3.10). Certes, un certain nombre de contraintes se rapportent à l'offre des services, mais certains aspects spécifiques de l'accès et de la demande empêchent également les femmes et leurs bébés de recevoir les soins :

- Manque de confiance dans la qualité des soins dispensés par les établissements de santé.
- Manque de connaissance des dangers obstétricaux et néonataux chez les membres de la famille.
- Pratiques et croyances culturelles.
- Coûts exorbitants pour les familles. Les tarifs des soins obstétricaux, ainsi que les frais hospitaliers pour les SOU peuvent être exorbitants. Une étude faite au Bénin et au Ghana constate que le coût d'une césarienne représente jusqu'à un tiers du revenu national moyen d'un ménage par an.<sup>3</sup>

### ENCADRÉ III.3.11 Renforcer les soins néonataux et maternels : Centre de santé de Madanba, Burundi

Le Centre de santé de Madanba, qui bénéficie d'un soutien de l'UNFPA, a réussi à renforcer les soins pour les mères et les nouveau-nés. Situé dans une ville importante à la frontière de la Tanzanie, ce centre couvre une population de 13 000 personnes. Il est équipé de 13 infirmières avec des compétences obstétricales. Toutes les femmes qui se rendent aux consultations prénatales (CPN) reçoivent des soins prénatals focalisés, ainsi qu'une éducation sanitaire se rapportant à la grossesse, aux soins néonataux et maternels. La salle de travail a deux lits et elle est bien équipée. Voici les raisons de la réussite du centre :

- Le centre est bien géré et le personnel est motivé
- Un partogramme est utilisé pour chaque accouchement et les registres de maternité sont effectivement remplis
- Les mères et les bébés sont gardés pendant 24 heures si l'accouchement est normal
- Le centre fournit tous les soins obstétricaux d'urgence, à l'exception de l'extraction par ventouse
- Les soins néonataux essentiels ainsi que les signes de danger maternels et néonataux sont indiqués clairement dans la salle de travail
- L'infirmière de service appelle une ambulance de l'hôpital provincial en cas d'urgence
- Tous les bébés d'un poids insuffisant sont transférés vers les hôpitaux provinciaux



#### Étapes pratiques

- *Politiques et planification* - Vérifier que la Feuille de route et autres documents de politiques se traduisent par des interventions efficaces. Déléguer les gestes salvateurs aux prestataires de niveau intermédiaire et déléguer les soins néonataux essentiels au domicile et rattacher à l'établissement de santé. Formuler et appliquer des stratégies vérifiant la qualité et l'accès équitable aux services.
- *Ressources* - Les crédits budgétaires tant des gouvernements nationaux que des bailleurs de fonds doivent faire passer en priorité les soins maternels et néonataux. Des liens plus étroits doivent être forgés avec la PTME, la santé infantile et d'autres programmes pour combler les déficits de ressources.
- *Directives* - Formuler, diffuser et appliquer des directives nationales standard pour la prise en charge lors du travail et de l'accouchement, notamment les soins néonataux essentiels et le traitement des complications néonatales et obstétricales.
- *Ressources humaines* - Améliorer la compétence des médecins, des sages-femmes et des infirmiers concernant les soins à l'accouchement, notamment les soins néonataux essentiels, ainsi que les complications néonatales et obstétricales, y compris la réanimation. Renforcer les procédures d'autorisation d'exercer, la réglementation et l'assurance de qualité. Améliorer les conditions de travail et la rémunération.
- *Gestion* - Il est urgent d'améliorer les capacités de gestion des programmes de soins maternels et néonataux aux niveaux national et local.
- *Infrastructure et fournitures* - Organiser des maisons d'attente de la maternité Amis-des-Mères. Chaque service de maternité devrait avoir un coin du nouveau-né, chaud et propre pour fournir les soins essentiels et les gestes de réanimation du bébé. Il s'agit également de vérifier la disponibilité de médicaments et de fournitures pour les soins néonataux essentiels. Il est également important des troussees préemballées pour les soins néonataux correspondant aux divers niveaux (communautaire, du centre de santé ou de l'hôpital) sont particulièrement utiles.
- *Suivi* - On collecte plus d'information que celle qui est analysée et utilisée, surtout en ce qui concerne les interventions essentielles aux pauvres. Une mesure pratique consisterait à intégrer les fonctions néonatales essentielles aux indicateurs de processus des SOU et au système routinier d'information sanitaire.
- *Recherche* - La recherche opérationnelle pour dégager l'information locale est un fondement important à l'expansion. On manque de données initiales fiables sur la véritable ampleur du TMN et d'essais à grande échelle pour guider les politiques et la pratique, par exemple, la réanimation néonatale au niveau communautaire par les ASC ou les AT. Deux petites études en Asie ont fait appel aux agents communautaires pour la réanimation à domicile, bien qu'une réduction importante de la mortalité néonatale n'ait pas pu être démontrée.<sup>20,47</sup> Une recherche supplémentaire sur la faisabilité et le coût-efficacité devra être faite.

## Conclusion

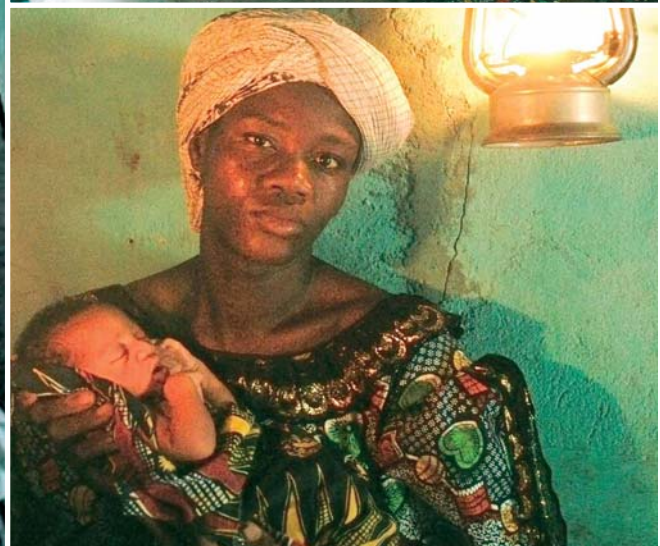
Si 90 % des femmes enceintes en Afrique accouchaient avec l'assistance d'un prestataire qualifié et avaient accès à des soins obstétricaux d'urgence et des soins néonataux immédiats, on arriverait à éviter chaque année les décès de jusqu'à 395 000 nouveau-nés africains. De plus, on sauverait la vie d'un grand nombre de mères et de nombreux mort-nés intra-partum. Peu de progrès ont été faits pour étendre à plus grande échelle les soins qualifiés et les SOU. En Afrique, la proportion de naissances bénéficiant de soins qualifiés n'a pas bougé en l'espace de 10 ans : deux femmes sur trois avec des complications obstétricales ne reçoivent pas les soins nécessaires et peu de bébés reçoivent des soins essentiels simples et encore moins des gestes

de réanimation et soins supplémentaires en cas de prématurité et d'IPN. Et pourtant, un peu de volonté politique et d'investissement permettraient d'étendre ces soins. Nous avançons dans la bonne voie mais il faudra du temps et un renforcement important du système de santé, des ressources humaines et de l'infrastructure dans les 20 années à venir.<sup>30</sup> En attendant, des mesures peuvent être prises pour améliorer la qualité et l'utilisation des services existants : en augmentant la demande pour les services, en améliorant les liens avec la communauté et en encourageant de simples comportements à domicile pour sauver la vie des plus vulnérables.



## Actions prioritaires pour renforcer les soins néonataux lors de l'accouchement

- Maximiser l'investissement accru pour les soins qualifiés à la naissance et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et utiliser cet investissement pour renforcer les systèmes de santé et augmenter le nombre du personnel soignant disposant de compétences obstétricales tout en veillant à une distribution équitable de ce personnel.
- Intégration et convergence : au lieu de créer un programme vertical pour les nouveau-nés, intégrer les interventions néonatales efficaces aux programmes existants de santé, de nutrition, de VIH/PTME et autres programmes renfermant de bonnes promesses.
- Pour étendre à plus grande échelle les soins qualifiés à l'accouchement, dans les politiques et dans la pratique :
  - Renforcer les soins néonataux essentiels dans le cadre des soins qualifiés à chaque naissance en créant un coin du nouveau-né dans chaque salle de travail
  - Inclure les soins néonataux essentiels et d'urgence lorsqu'on renforce les SOU
- S'attaquer au problème de l'équipement et de l'approvisionnement dans le système de santé et envisager la mise au point et la distribution d'un modèle international de trousse préconditionnée pour les soins essentiels et d'urgence, ainsi que pour les SOU
- Renforcer les liens entre le domicile et l'hôpital par les moyens suivants : meilleure communication et transfert, maisons d'attente de maternité, partenariats entre accoucheuses traditionnelles et sages-femmes et plans de transport communautaire en cas d'urgence
- Lever les barrières financières aux soins qualifiés, surtout les SONU, par diverses options - revoir les paiements de l'utilisateur et envisager des plans de paiement préalable.
- Se mettre d'accord sur un ensemble d'indicateurs de suivi pour les SONU portant sur la santé néonatale et utiliser ces données pour recommander des améliorations dans la couverture et la qualité des soins.





## Soins postnatals

Charlotte Warren, Pat Daly, Lalla Toure, Pyande Mongi

Chaque année en Afrique, au moins 125 000 femmes et 870 000 nouveau-nés meurent pendant la première semaine suivant la naissance et pourtant, c'est à cette période que la couverture en matière de continuité des soins est à son niveau le plus faible. C'est le premier jour qui renferme le plus de risques pour la mère et le bébé. Le fait que 18 millions de femmes en Afrique n'accouchent pas actuellement dans un établissement de santé est un obstacle de taille pour planifier et dispenser des soins postnatals pour les femmes et leurs nouveau-nés. Quel que soit le lieu de la naissance, les mères et les nouveau-nés passent l'essentiel de la période postnatale (les premières six semaines après la naissance) à la maison.

Les programmes de soins postnatals représentent le maillon le plus faible de tous les programmes de santé reproductive et infantile de la région. Comment pouvons-nous étendre la couverture de soins maternels et néonataux intégrés lors de la période postnatale ? En quoi consistent les soins postnatals ? Quand et où peuvent-ils être dispensés et par qui ? Comment pouvons-nous concrétiser, améliorer et maintenir les liens entre le domicile et les hôpitaux ? Comment pouvons-nous intégrer les soins postnatals aux stratégies et programmes existants, surtout les soins à l'accouchement, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), la promotion de la nutrition, la prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH et les vaccinations ?



## Problème

La période postnatale - définie ici comme les six premières semaines après la naissance, est d'importance critique pour la santé et la survie de la mère et de son nouveau-né. Pour les deux, les heures et les jours qui suivent la naissance représentent le moment le plus vulnérable. Un manque de soins à ce moment-là peut être cause de décès ou d'incapacité. Il représente également des occasions ratées d'encourager des comportements sains avec toute l'influence que cela comporte sur les femmes, les nouveau-nés et les enfants :

**Effets sur les femmes :** La moitié de tous les décès maternels postnatals surviennent lors de la première semaine après la naissance du bébé et la majorité d'entre eux lors des 24 premières heures après l'accouchement.<sup>1</sup> L'hémorragie est la principale cause de la mortalité maternelle en Afrique. Elle représente 34 % des décès - et la majorité de ces hémorragies surviennent au cours de la période postnatale. La septicémie et l'infection sont responsables de 10 % en plus des décès maternels, pratiquement tous lors de la période postnatale.<sup>2</sup> Les mères séropositives à VIH courent un risque plus grand de mourir lors de la période postnatale que les femmes séronégatives.<sup>3</sup> Il est également important d'avoir accès à la planification familiale lors de la période postnatale précoce et le manque de soins postnatals efficaces explique souvent des grossesses multiples et rapprochées (Section III chapitre 1). C'est une époque difficile pour la mère et elle aura besoin d'un soutien émotionnel et psychologique pour éviter le risque d'une dépression.

**Effets sur les nouveau-nés :** L'Afrique subsaharienne compte les taux les plus élevés de mortalité néonatale dans le monde et avance le plus lentement dans ses efforts pour diminuer ses décès, surtout les décès pendant la première semaine de la vie. Chaque année, au moins 1,16 million de bébés africains meurent pendant les 28 premiers jours de la vie - et 850 000 de ces bébés ne survivront pas la semaine qui suit leur naissance.<sup>4</sup> L'asphyxie est responsable d'un grand nombre de décès pendant le premier jour et la majorité des décès dus à une naissance prématurée surviennent la première semaine. Trente-huit pour cent des bébés en Afrique subsaharienne meurent d'infections, surtout après la première semaine de la vie.<sup>5</sup> La majorité de ces décès est imputable à l'insuffisance pondérale à la naissance (IPN) et un grand nombre de ces bébés sont prématurés. De plus, une infirmité permanente et le retard de croissance prennent souvent leurs causes profondes dans la période postnatale précoce.

**Effets sur les enfants :** Au moins un enfant sur quatre meurt pendant le premier mois de la vie. Ces décès surviennent avant que l'enfant n'entre en contact avec les services de santé, généralement à six semaines pour la première visite de vaccination. Une faible couverture de soins lors de la période postnatale a des répercussions négatives sur d'autres programmes de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) tout le long de la continuité des soins. Par exemple, le manque de soutien pour des comportements sains à domicile tels que l'allaitement maternel, aura des effets durables sur la santé de l'enfant du point de vue sous-alimentation (Section III chapitre 6). De plus, les mères et leurs nouveau-nés sont souvent perdus de vue au cours du suivi postnatale pour la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH6 (Section III chapitre 7).

La période qui suit une naissance en Afrique est souvent entourée de pratiques culturelles. Il est important de comprendre ces pratiques et ces croyances pour l'apport de soins efficaces et ponctuels. De nombreuses communautés en Afrique observent des pratiques qui demandent que les mères et les bébés soient gardés à l'intérieur pendant le premier mois après la naissance - c'est une période d'isolement. Les familles ne veulent pas que des visiteurs entrent en contact avec le nouveau-né.<sup>7,8</sup> Si les mères ou les bébés tombent malades pendant cette période de retrait, on prend souvent du retard pour aller consulter les services de santé. Et pourtant, des bébés malades meurent souvent en l'espace de quelques heures et tout retard peut donc s'avérer fatal. Ce retard est également préjudiciable pour la mère. Trois retards d'importance cruciale sont présentés dans le chapitre précédent sur les soins à l'accouchement - retard pour reconnaître les complications, retard pour se rendre dans les services compétents et retard pour recevoir les soins adéquats.

Lorsqu'un bébé meurt, ce sont les femmes - et non pas les hommes - qui l'enterrent. Il est souvent tabou de gémir et de pleurer lors de l'enterrement d'un nouveau-né. Les amis et les membres de la famille ne doivent pas poser des questions sur

ces décès. Dans certains pays, on dit que si un bébé meurt, 'le bébé est retourné et il n'est pas encore né.'

Certaines pratiques culturelles sont néfastes à la santé et à la survie du nouveau-né et ce sont souvent les jeunes mères, celles qui le sont pour la première fois, qui sont les plus susceptibles d'observer ces pratiques. Le fait de donner un bain froid au bébé, de jeter le colostrum et de lui donner d'autres aliments que le lait maternel après la naissance sont autant de pratiques qui peuvent nuire au bébé. L'application de beurre, cendres ou autres substances, telles que la bouse de vache, sur le moignon ombilical augmente les risques d'infection.

Ce chapitre fait l'ébauche d'une enveloppe de soins postnatals et décrit la couverture et les tendances actuelles en Afrique. Nous explorons ensuite les possibilités de renforcer les soins postnatals dans l'établissement de santé, dans le cadre des stratégies avancées et dans la communauté et nous proposons des actions pratiques qui aideront à relever les grands défis liés à la prestation de soins de qualité pour les mères et les bébés lors de cette période postnatale critique.

## Enveloppe de soins

D'après les estimations, si les soins postnatals routiniers et les soins curatifs lors de la période postnatale arrivaient à couvrir 90 % des bébés et de leurs mères, 10 % à 27 % des décès de nouveau-nés pourraient être évités. En d'autres termes, une couverture élevée en soins postnatals pourrait sauver jusqu'à 310 000 vies de nouveau-nés par an en Afrique.<sup>9</sup> (Voir notes de données à la page 226 pour de plus amples informations sur

cette analyse.) L'impact serait également prononcé sur la survie et le bien-être de la mère.

Si le contenu des soins postnatals (quoi) fait l'accord de tous actuellement,<sup>10,11</sup> il n'en reste pas moins des questions sur le meilleur moment (quand) et l'endroit (où) pour les visites postnatales et sur les personnes chargées de fournir ces soins. L'Encadré III.4.1 présente le consensus actuel concernant les aspects quoi, quand, où et qui des soins postnatals routiniers.

### ENCADRÉ III.4.1 Soins postnatals (SPN) routiniers : Quoi, quand, où et qui ?

#### De QUOI s'agit-il ?

Soins préventifs et évaluations routinières pour dépister et traiter ou transférer les complications, tant de la mère que du bébé :

#### **SPN routiniers essentiels pour toutes les mères**

- Evaluer et contrôler la présence de saignement, prendre la température
- Soutenir l'allaitement maternel, contrôler les seins pour prévenir la mastite
- Prendre en charge l'anémie, promouvoir la nutrition et les moustiquaires imprégnées aux insecticides, administrer une supplémentation de vitamine A
- Achever la série de vaccinations antitétaniques, si nécessaire
- Apporter conseils et choix en planification familiale
- Orienter pour complications telles que saignement, infection ou dépression postnatale
- Conseiller sur les signes de danger et soins à domicile

#### **SPN routiniers essentiels pour tous les bébés**

- Evaluer les signes de danger, mesurer et noter le poids et prendre la température et vérifier l'alimentation
- Soutenir les pratiques alimentaires optimales, notamment l'allaitement maternel exclusif
- Promouvoir l'hygiène et les bons soins de la peau, des yeux et du cordon
  - Si les soins oculaires prophylactiques sont indiqués par la politique locale et n'ont pas encore été donnés, ils restent efficaces jusqu'à 12 heures après la naissance
  - Encourager des soins du cordon propre et sec
  - Dépister les infections cutanées superficielles telles que l'écoulement de pus du nombril, des rougeurs allant du nombril à la peau, plus de 10 pustules cutanées et enflément, rougeur et dureté de la peau et traiter ou orienter si le bébé présente également des signes de danger
- S'assurer que le bébé reste au chaud en évitant de le baigner pendant les premières 24 heures, en le mettant peau-à-peau avec la mère et en mettant un bonnet sur sa tête
- Encourager et faciliter l'inscription de la naissance
- Orienter pour les vaccinations routinières
- Conseiller sur les signes de danger et les soins à domicile

#### **Soins supplémentaires pour les bébés avec insuffisance pondérale à la naissance (IPN) ou petits bébés et autres bébés vulnérables, par exemple, ceux dont les mères sont infectées par le VIH (deux ou trois visites supplémentaires)**

La majorité des décès de nouveau-nés se présente chez les bébés avec IPN, dont la plupart sont prématurés. Des soins intensifs ne sont pas nécessaires pour sauver la majorité de ces bébés. Un tiers d'entre eux peuvent être sauvés à l'aide de simples soins,<sup>9</sup> dont :

- Identifier le petit bébé
- Evaluer les signes de danger et traiter ou orienter, le cas échéant
- Apporter un soutien supplémentaire à l'allaitement maternel (extraire le lait et le donner à l'aide d'une tasse, si nécessaire)
- Faire particulièrement attention à la chaleur (soins peau-à-peau ou soins de la Mère Kangourou)
- Identifier et transférer rapidement les bébés qui ne peuvent pas téter ou qui ne peuvent avaler le lait maternel extrait
- Apporter des soins supplémentaires aux bébés dont les mères sont séropositives, surtout un soutien pour l'alimentation (Section III chapitre 7)

### **Identification et orientation/traitement rapide des urgences pour la mère et le bébé**

Un dépistage, un traitement ou des orientations sont nécessaires pour sauver la mère et le bébé en cas de complications pouvant s'avérer fatales

#### *Signes de danger pour la mère*

- Saignement excessif
- Pertes vaginales malodorantes
- Fièvre avec ou sans frissons
- Graves douleurs abdominales
- Grande fatigue ou essoufflement
- Mains, visage et jambes enflés avec graves maux de tête ou vision trouble
- Seins douloureux et engorgés ou mamelons sensibles, craquelés, saignants

#### *Signes de danger pour le bébé*

- Convulsions
- Mouvements uniquement lorsqu'il est stimulé ou sans mouvement, même avec stimulation
- Ne mange pas bien
- Respiration rapide (plus de 60 mouvements par minute), grognement ou grave tirage sous-costal
- Fièvre (plus de 38°C)
- Faible température du corps (moins de 35,5°C)
- Très petit bébé (moins de 1 500 grammes ou né plus de deux mois avant terme)
- Saignement

### QUAND et combien de visites postnatales ?

Le nombre et le moment optimaux des consultations de SPN sont sujets à débat, surtout dans les contextes à ressources limitées. Aucun examen systématique à grande échelle n'a été fait pour déterminer ce protocole, bien qu'on suggère trois ou quatre visites postnatales. Les visites précoces sont d'importance cruciale car la majorité des décès maternels et néonataux se présentent pendant la première semaine, surtout le premier jour. Cette période est également un moment clé pour encourager des comportements sains. Chaque pays devrait prendre ses décisions en fonction du contexte local et des dispositions sanitaires existantes, notamment les personnes qui peuvent dispenser l'enveloppe des SPN et où cette enveloppe peut être fournie. Les points suivants peuvent servir de guide :

- **Premier contact :**
  - Si la mère se trouve dans un établissement de santé, elle et son bébé devront être évalués dans l'heure qui suit l'accouchement et à nouveau avant de rentrer à la maison
  - Encourager les femmes à rester pendant 24 heures, surtout après une naissance compliquée
  - Si la naissance a lieu à la maison, la première visite devrait cibler les 24 premières heures après l'accouchement, car elles sont d'importance cruciale
- **Des contacts de suivi** sont recommandés au moins à 2-3 jours, à 6-7 jours et à 6 semaines
- **Des contacts supplémentaires** pour des bébés ayant besoin de soins particuliers (IPN ou ceux dont les mères sont séropositives-VIH) supposent deux ou trois visites en plus des visites routinières

### OÙ les SPN devraient être fournis et QUI devrait les fournir ?

Il existe un certain nombre de stratégies possibles pour la prestation des SPN et un grand nombre des tâches routinières peuvent être déléguées, bien que la supervision et les liens restent d'importance vitale :

- **A l'établissement de santé :** C'est davantage possible si la mère accouche dans un établissement de santé. Mais même ainsi, les femmes et les bébés ne reçoivent pas forcément des SPN avant de rentrer à la maison et, même si les mères viennent à l'établissement pour accoucher, elles risquent de ne pas revenir lors des premiers jours après être rentrées chez elles.
- **Par le biais des services mobiles :** Un prestataire qualifié peut rendre visite à domicile pour offrir des SPN à la mère et au bébé.
- **Visites à domicile de la part d'un agent de santé communautaire (ASC) :** Lorsque les systèmes de santé ne sont pas très solides et que les ressources humaines sont limitées, certaines tâches peuvent être déléguées à l'ASC, avec les liens nécessaires pour l'orientation vers un établissement de santé.
- **Combinaison des soins à l'établissement à domicile :** Les SPN peuvent être dispensés dans l'établissement de santé suivant l'accouchement, à domicile lors des deux ou trois premiers jours d'importance cruciale, avec des visites ultérieures à l'établissement après six à sept jours et après six semaines lorsque la mère est davantage en mesure de quitter le domicile.

Sources : Adapté des références<sup>1,12</sup>

Note : Cette information ne se veut pas un guide clinique détaillé.

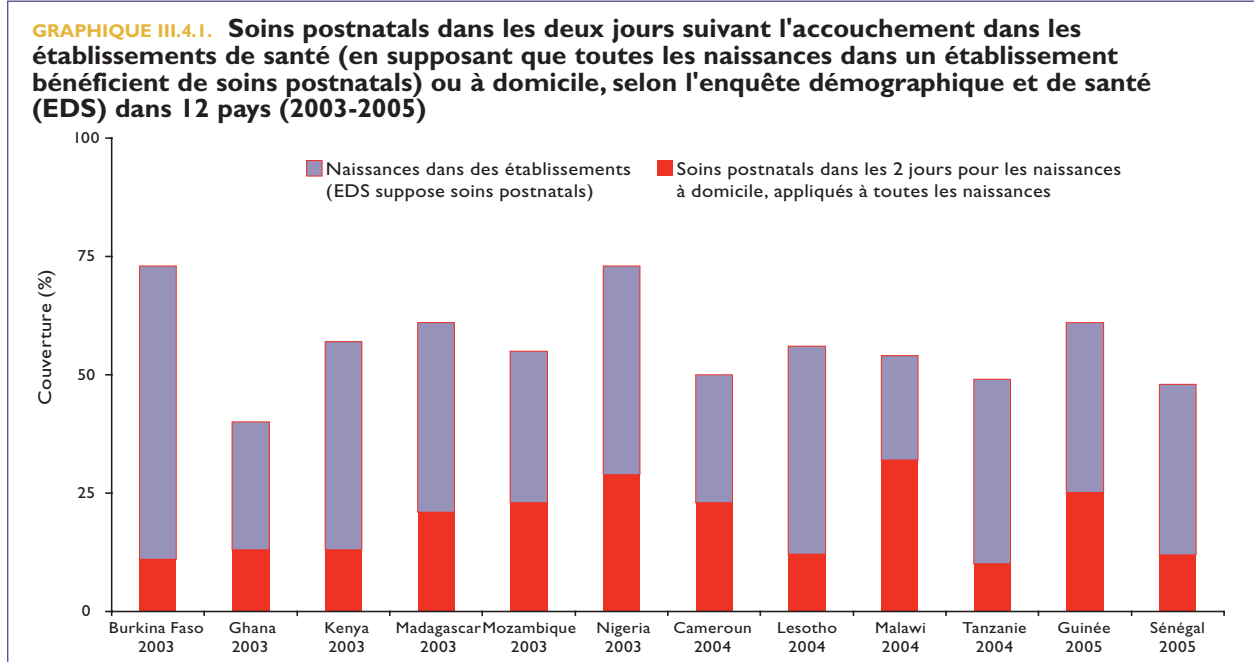


### Couverture et tendances actuelles

La période postnatale est une période négligée. Alors que la majorité des décès maternels et néonataux surviennent pendant la première semaine de cette période 1 les prestataires de soins de santé partout en Afrique subsaharienne continuent à recommander aux mères de revenir à l'établissement pour un premier bilan uniquement après six semaines. C'est la visite de ceux qui survivent.

L'absence de données pertinentes et comparables pour les programmes met à jour le manque d'application systématique de cette enveloppe de soins. Il n'existe pas d'indicateurs constants de l'efficacité des programmes nationaux de soins postnatals.<sup>8</sup> Les définitions pour le suivi des soins postnatals sont parfois problématiques, notamment au vu de l'hypothèse de laquelle partent certaines enquêtes voulant que toutes les femmes qui ont accouché dans un établissement sanitaire obtiennent automatiquement des soins postnatals. Une analyse de 23 enquêtes démographiques et de santé (EDS) démontre que les deux tiers des femmes en Afrique subsaharienne accouchent à domicile et 13 % seulement de ces femmes bénéficient d'une visite postnatale dans les deux jours suivant l'accouchement.

Selon les données de l'EDS en Ethiopie, 90 % des mères ne reçoivent pas de soins postnatals pendant les six premières semaines. Parmi les rares d'entre elles qui ont un contact à cette période, plus de la moitié ont accouché dans un établissement de santé où le trop grand nombre de patients et le fait qu'on les renvoie chez elles très tôt ne permettent pas de donner les soins postnatals recommandés aux mères. En Erythrée, 92 % des femmes qui ont accouché à domicile n'ont reçu aucun soin postnatal pendant les six premières semaines. De même, 85 % des femmes accouchant à domicile au Mali et 70 % des femmes accouchant à domicile au Rwanda n'ont obtenu aucun soin postnatal, selon les données de l'EDS la plus récente faite dans ces pays. A part le nombre de naissances qui surviennent à domicile, l'indicateur des soins postnatals dans l'EDS ne donne aucune information sur le contenu ou la qualité de la visite. Par contre, l'information est bien plus complète sur les soins prénatals où l'on demande aux femmes si elles ont bénéficié de diverses interventions, telles que la vaccination antitétanique et la prise de la tension artérielle.



Source : Données de l'EDS pour les enquêtes de 2003-2005. L'EDS suppose que toutes les naissances dans un établissement bénéficient de soins postnatals. Voir notes de données à la page 226 pour de plus amples informations sur cet indicateur.

Le manque de soins postnatals se répercute sur la couverture de plusieurs interventions essentielles. Si certains comportements sains à domicile, tels que l'allaitement maternel, sont bien décrits, il n'en reste pas moins que 30 % seulement des bébés en Afrique subsaharienne reçoivent un allaitement exclusif. Bien souvent, on constate que les bébés sont trop froids après la naissance, même dans les pays tropicaux,<sup>13</sup> et les soins peau à peau après l'accouchement sont rarement observés.

La planification familiale est une importante occasion ratée lors de la période postnatale. Des discussions en groupe au Kenya montrent que pratiquement toutes les femmes pensaient qu'elles devaient recevoir des informations sur la planification familiale lors des visites postnatales ou avant qu'une femme ne quitte l'hôpital après l'accouchement.<sup>14,15</sup> La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) devrait être



la première méthode recommandée pour une planification familiale immédiate chez les mères avec de nouveaux bébés. En outre, il faudrait recommander les préservatifs pour apporter une double protection à la fois contre le VIH, et la grossesse.<sup>16</sup> D'autres méthodes de planification familiale peuvent être envisagées pour la période postnatale précoce, telles que la pose d'un dispositif intra-utérin dans les 48 premières heures qui suivent l'accouchement.<sup>17</sup>

### Possibilités de renforcer les soins postnatals

Partout en Afrique, il existe des possibilités, au niveau des politiques et programmes, pour renforcer les soins postnatals puisque l'on a reconnu récemment qu'il existe un écart en matière de continuité des soins. Les soins postnatals assurent la continuité entre les services de santé maternelle et infantile et soutiennent des comportements sains qui ont été introduits lors des consultations prénatales et pendant le travail et l'accouchement. De plus, ce contact postnatal assure une continuité ininterrompue des soins du domicile à l'hôpital. L'amélioration des soins postnatals dépend de la capacité des

systèmes sanitaires locaux, de leur niveau d'accessibilité, du caractère décentralisé de la prise de décisions et des pratiques culturelles courantes, telles que celles concernant l'isolement de la mère et de l'enfant risquant d'entraver l'accès aux soins.

Même si on s'accorde sur le contenu de l'enveloppe mondiale des soins postnatals, il faudra adapter les aspects *qui, où et comment* au contexte sanitaire et social pertinent. Les approches d'expansion des soins postnatals s'accompagnent de différentes possibilités pour les femmes accouchant dans un établissement de santé et celles donnant la vie à domicile. Plus de la moitié des femmes et de leurs bébés restent à la maison pendant l'accouchement et de suite après et il est donc capital d'intégrer les soins pour la mère et le nouveau-né à l'extérieur du système sanitaire formel.

Le Tableau III.4.1 présente quatre approches possibles à la prestation des soins postnatals en fonction du lieu de naissance et de la présence de prestataires pour dispenser les soins postnatals. Sont également décrits le caractère acceptable et les obstacles et les défis liés à chacune de ces approches.

**TABLEAU III.4.1 Stratégies des soins postnatals (SPN) : faisabilité et freins à l'application**

Stratégies possibles		Amies-de-la-mère	Amies-du-prestataire	Freins à l'application
1	Mères et bébés se rendent à l'établissement pour les SPN	●	●●●	Demande à la mère de consulter peu après la naissance. Davantage probable après un accouchement dans un établissement sanitaire.
2	Prestataire qualifié rend visite à domicile pour fournir les SPN à la mère et au bébé	●●●	●	Dépend de ressources humaines suffisantes, situation souvent difficile et qui n'est probablement pas parmi les hautes priorités des prestataires qualifiés dans des contextes où les soins qualifiés à l'accouchement ne sont toujours pas très utilisés. Possible dans les endroits où les dispensaires ruraux n'ont pas beaucoup de travail l'après-midi.
3	Agent de santé communautaire (ASC) rend visite à domicile pour voir la mère et le bébé	●●●	●	Demande une formation pour l'ASC et gestion, supervision et soutien logistique.
4	Combinaison : accouchement dans l'établissement et première visite SPN dans l'établissement, ensuite visite à domicile dans les deux à trois jours avec visites ultérieures SPN à l'établissement	●●	●●	Demande une approche d'équipe avec établissement et ASC, suffisamment de ressources humaines, une bonne gestion et supervision, de bons systèmes d'orientation et une information et un système de suivi efficaces pour que la mère et le bébé ne soient pas perdus au moment du suivi.

Clé : ●Faible ●●Modéré ●●●Elevé

Source : Groupe de travail SPN composé par les auteurs et éditeurs des chapitres.

Situées dans un contexte favorable, ces stratégies peuvent être appliquées et intégrées tout au long de la continuité des soins, reliées avec d'autres services aux niveaux de l'établissement, du domicile et de la communauté. Ces aspects devront pourtant être étudiés minutieusement avant de prendre un engagement qui nécessitera l'augmentation ou le renforcement de tel niveau du personnel soignant.

#### 1. Soins postnatals au niveau de l'établissement de santé

Le modèle utilisé le plus couramment en Afrique consiste à demander aux mères qui ont accouché dans un établissement

de revenir pour une visite de soins postnatals.<sup>7</sup> Une proportion élevée de femmes se rendent à au moins une consultation prénatale où les prestataires conseillent aux femmes enceintes, lors du dernier trimestre, d'accoucher avec l'aide d'un prestataire qualifié et de revenir pour un contrôle précoce pour la mère et l'enfant. D'après les faits, les femmes sont plus susceptibles d'accoucher avec l'assistance d'un prestataire qualifié si elles reçoivent de bons soins prénatals et si elles accouchent avec un prestataire qualifié, elles sont plus susceptibles de revenir pour une consultation postnatale.<sup>18;19</sup>

Dans l'idéal, les femmes qui accouchent dans un établissement de santé pourraient rester pendant au moins 24 heures avant de rentrer chez elle. Ainsi, le personnel de l'établissement pourrait observer la mère et le nouveau-né et vérifier si la meilleure option d'alimentation est adoptée tout en s'assurant que toute complication maternelle ou néonatale est dépistée et traitée. Si des signes de danger spécifiques sont notés chez le bébé, la mère et le bébé seront gardés ensemble pendant deux jours en plus pour l'alimenter, le garder au chaud et soigner les complications. La mère d'un bébé de poids insuffisant pourra adopter la Méthode de la Mère Kangourou (MMK). On lui demandera de revenir à une date précise pour les soins postnatals, l'encourageant ainsi à consulter avec son nouveau-né.<sup>20</sup> Et pourtant, dans bien des endroits, même si une femme accouche dans un établissement de santé, elle ne reviendra pas dans les deux premiers jours qui suivent la naissance lorsqu'elle court, elle et son bébé, le plus de risque de mourir. Si cela est possible, des visites seront organisées à domicile ou une combinaison de toutes ces approches pourra être envisagée, tel que discuté dans la quatrième stratégie ci-après.

## 2. Soins postnatals comme stratégie avancée : visites à domicile de la part d'un prestataire qualifié

Le suivi postnatal des nouvelles mères et de leurs nouveau-nés peut également être assuré par le biais de visites d'un prestataire qualifié. Cette personne peut examiner la mère et le bébé, fournir des soins maternels et néonataux essentiels et dépister les complications qui peuvent être soit traitées sur place, soit orientées vers les services compétents. Ce modèle a réussi dans des contextes aux ressources limitées. A Madagascar, 15 % des femmes ont bénéficié d'une visite postnatale par un professionnel de la santé dans leur propre domicile. Dans le cadre d'une étude pilote dans les zones rurales du Kenya, des sages-femmes à la retraite ont assisté aux accouchements à domicile puis ont rendu visite à la mère et au bébé à deux ou trois reprises pendant la première semaine.<sup>8</sup> Une étude faite en Zambie indique que les sages-femmes qui ont appris aux mères à s'occuper de leur bébé à domicile ont su leur apprendre les signes de danger et les mesures à prendre rapidement, d'où une réduction dans la prévalence des problèmes de santé chez les nouveau-nés.<sup>21</sup> Seulement, bien souvent, il n'existe pas un nombre suffisant de sages-femmes pour fournir des soins à l'accouchement et l'adjonction de deux ou trois visites à domicile risque d'être chère et bien difficile à réaliser vu les limitations actuelles de ressources humaines dans la majeure partie de l'Afrique. Il faudra également tenir compte du temps et des frais supplémentaires pour réaliser ces visites à domicile. Les soins à l'accouchement exigent un prestataire qualifié et seront probablement prioritaires dans l'emploi du temps d'une sage-femme.

## 3. Soins postnatals aux niveaux familial et communautaire

La période postnatale étant souvent caractérisée par l'isolement de la mère et du bébé, les visites par les agents de santé communautaires (ASC) sont l'occasion d'apporter des soins à la femme et au bébé et de leur communiquer des messages de santé spécifiques en ce temps qui respectent la culture.<sup>22,23</sup> Certaines tâches des soins postnatals routiniers pourraient être confiées à un groupe moins qualifié, lorsque cela est faisable (Encadré III.4.2). Dans les pays où les programmes des ASC sont à l'échelle nationale, l'intégration de soins postnatals à domicile pour la mère et le bébé au travail et à la formation des ASC pourrait avoir un impact important à un coût relativement faible. Les établissements de santé desservant des

zones géographiques délimitées peuvent renforcer les liens entre le personnel de santé, les agents de santé communautaires et d'autres groupes, tels que les accoucheuses traditionnelles, afin d'améliorer tant la base de connaissance que la gamme de soins pour la paire mère-bébé, immédiatement après la naissance. Les ASC qui sont chargés de fournir des soins postnatals pourraient être reliés à l'établissement de santé par le biais de la supervision et d'un système d'orientation fonctionnel. Si un ASC rend visite à la mère et au nouveau-né et trouve une complication, il orientera la patiente et l'accompagnera si possible au centre de santé. Plusieurs études et essais pilotes en Asie présente une riche expérience de soins postnatals à domicile.<sup>24,25</sup> Cette expérience est moins connue en Afrique, bien qu'un certain nombre d'études mettent à l'essai actuellement des approches adaptées pour les soins à domicile avec les liens nécessaires au système de santé.

### ENCADRÉ III.4.2 Existe-t-il un rôle pour les agents de santé communautaires (ASC) dans les soins postnatals ?

En fonction d'un certain nombre d'examen récents, il est effectivement possible qu'un ASC qui a reçu une formation et qui bénéficie d'un bon soutien soit en mesure de :

- Renforcer les comportements sains pour le bébé, par exemple, l'allaitement maternel exclusif, vérifier que le bébé est au chaud (en recommandant d'attendre avant de le baigner et de lui donner des soins peau-à-peau) et les pratiques hygiéniques
- Apporter des soins particuliers pour les bébés avec insuffisance pondérale à la naissance (IPN)
- Réduire les décès néonataux grâce à un dépistage précoce et à une prise en charge rapide de la pneumonie lorsque le transfert n'est pas possible
- Fournir des informations et des services pour la mère, surtout pour l'espace des naissances et la planification familiale, administrer de la vitamine A aux mères
- Noter les signes de danger pour les mères et les nouveau-nés et orienter vers les services compétents en cas de complications maternelles et néonatales
- Encourager l'utilisation d'autres services, par exemple, enregistrement de la naissance à l'Etat civil et vaccinations

Source : Adapté des références<sup>25-29</sup>

#### **4. Soins postnatals en reliant l'établissement de santé à la stratégie avancée et aux soins communautaires**

Au lieu d'opter uniquement pour la stratégie établissement ou la stratégie communautaire, on peut également se donner une approche combinée avec des compétences polyvalentes au sein de l'équipe. Une telle approche s'avérera particulièrement utile dans des pays qui comptent un bon accès aux centres de soins de santé primaires et des liens fonctionnels entre le niveau primaire et le niveau de référence. Par exemple, les femmes peuvent accoucher dans l'établissement de santé, rentrer chez elles et recevoir la visite d'un ASC à domicile le second jour et ensuite, revenir à l'établissement après une semaine et après six semaines. Un système de coupons utilisés pour chaque visite facilitera ces liens. Lorsqu'il existe des maisons d'attente de maternité, il serait possible pour les mères et leurs bébés, de rester pendant trois jours pour s'assurer qu'ils se portent bien avant de parcourir de longues distances pour rentrer chez eux. Par ailleurs, les liens d'orientation restent le maillon faible de bien des programmes de santé maternelle et neonatale.<sup>30</sup> Dans une zone reculée de l'Ouganda, un programme qui a formé les ASC pour qu'ils communiquent des messages fondamentaux a effectivement réussi à améliorer les comportements sains à domicile et à augmenter la fréquentation des services postnatals chez les femmes en âge de procréer des villages.

#### **Cibler des groupes spécifiques pour des soins postnatals supplémentaires**

Que l'accouchement ait lieu à la maison ou dans un établissement de santé, les agents de santé devraient être en mesure de reconnaître les signes de danger spécifiques chez les femmes et les nouveau-nés (IPN, naissance prématurée, problèmes d'alimentation, maladies et antécédents de travail prolongé et dystocique, mère séropositive-VIH). Des soins supplémentaires sont particulièrement importants pour les bébés avec IPN et bébés prématurés. Lorsque l'accouchement a lieu dans un établissement de santé et que sont dépistés les signes de danger spécifiques, la mère et le bébé devront rester plus longtemps dans l'établissement pour qu'on leur apporte un soutien supplémentaire pour l'alimentation, la chaleur et les soins pour les complications. On peut également enseigner à la mère la méthode MMK. Si l'accouchement a lieu à domicile et qu'un ASC ou un animateur est utilisé pour les visites routinières de soins postnatals, des visites supplémentaires pourront être faites pour les bébés avec IPB et d'autres bébés exigeant des soins spéciaux, tels que les bébés des femmes infectées par le VIH. En ce qui concerne les programmes de PTME, la période postnatale représente une bonne occasion d'apporter un plus grand soutien, surtout pour les divers choix d'alimentation du bébé.<sup>32</sup> L'intégration de la PTME aux programmes de SMNI renforcera les liens lors de cette période cruciale pour améliorer la continuité des soins.

#### **Défis**

L'insuffisance en matière de continuité des soins pourrait être imputable à la faible couverture en soins postnatals. La recherche est limitée sur le meilleur moment et les approches de prestation et, de toute manière, ceux-ci devront être spécifiques à la situation. Les défis à relever se situent tant du côté de la demande que de l'offre des services.

#### **Augmenter la demande pour les soins postnatals**

Bien des retards sont pris pour consulter les services de santé, surtout lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période

postnatale (Section III, chapitre 3). Ces retards dans l'obtention de soins lors de la période postnatale sont souvent dus à des interdictions et restrictions qui demandent que les mères et les femmes restent chez eux. Le manque d'information constitue un autre obstacle important. Les femmes risquent de ne pas consulter les services de santé car elles ne reconnaissent pas les complications ou ne savent pas que ces soins sont disponibles.<sup>7</sup> Parfois, ces services existent mais elles n'en voient pas l'avantage alors même qu'elles aimeraient recevoir des informations sur les soins à prodiguer à leur nouveau bébé, sur l'allaitement maternel et la planification familiale, soit avant de tomber enceintes, soit pendant la grossesse.<sup>33</sup> Les femmes prennent très au sérieux l'accouchement mais ne se préoccupent pas toujours autant de la période postnatale.

L'engagement communautaire est d'importance vitale pour obtenir plus rapidement les soins après la naissance puisque les membres de la famille influencent ces comportements. Dans un grand nombre de régions où les maris travaillent loin du domicile, les femmes doivent attendre que le chef de famille revienne et leur donne l'autorisation et l'argent pour se rendre dans un établissement de santé. De plus, un grand nombre de sociétés en Afrique subsaharienne reconnaissent le rôle influant des grands-mères sur les jeunes femmes (leurs filles et leurs belles-filles) lors de la grossesse, de l'accouchement et tout au long des soins du nouveau-né (Encadré III.4.3). Parfois, des pratiques nuisibles sont soutenues par les grands-mères et pourtant, le rôle important qu'elles jouent, leur influence et leur engagement intrinsèque au bien-être des femmes et des enfants en font des alliées de force qu'il faut reconnaître dans la prestation des soins postnatals. L'influence d'autres gardiens communautaires tels que les dirigeants locaux, les accoucheuses traditionnelles, les ASC et les groupes de soutien et leur éventuel rôle de messagers s'accompagne de bonnes possibilités mais constitue parfois également des obstacles.

#### **Améliorer l'offre des soins postnatals**

Nombreux sont les pays qui se sont dotés d'une certaine politique postnatale (même si elle ne concerne que le bilan à six semaines) bien qu'au niveau national, on manque de directives, de normes et de protocoles et surtout de personnel pour la prise en charge de la mère et de l'enfant lors de la période postnatale précoce.<sup>34</sup> En plus, la coordination est insuffisante entre les différents personnels de santé, les liens sont faibles entre les programmes et l'information est mal utilisée. Dans bien des pays, la femme à moins qu'elle ne décide d'utiliser la planification familiale n'obtiendra son prochain bilan que lorsqu'elle tombera à nouveau enceinte. Dans la majorité des pays, il n'existe de registres des naissances et même si une sage-femme fait un bilan de la nouvelle mère, elle ne dispose d'aucun outil pour marquer les résultats. Problème que le ministère de la santé au Kenya a décidé de résoudre en adoptant un système de registre de notation pour trois consultations postnatals : une visite dans les 48 heures, la prochaine dans la semaine ou deux semaines et la troisième aux alentours de six semaines.

La qualité des soins au moment de l'accouchement influencera les soins du nouveau-né lors de la période postnatale. Lorsqu'il n'existe pas de soins qualifiés, on trouve très peu de prestataires formés pour apporter des soins postnatals essentiels ou soigner les bébés malades et très peu de formations sont organisées pour recycler les infirmières et les sages-femmes.<sup>34</sup> Et lorsque ces soins qualifiés existent, les prestataires sont souvent bien trop occupés pour donner une information sur l'importance du bilan postnatal pour la mère et son bébé.<sup>35</sup> La période



postnatale immédiate est un temps d'incertitude pour les planificateurs qui ne savent pas trop si les soins postnatals entrent dans la responsabilité de ceux qui s'occupent de la mère dans le cadre des programmes de maternité sans risques ou ceux qui s'occupent du nouveau-né dans le cadre des programmes de survie de l'enfance. La référence systématique entre ceux qui soignent les mères et ceux qui soignent le bébé et l'enfant est rare et influence de façon négative la continuité entre les deux.

A divers niveaux, on note une faible capacité de gestion et un manque d'orientation et de communication.<sup>36</sup> Une étude faite en Tanzanie montre que les sages-femmes devraient être davantage soutenues pour la prestation des soins postnatals. Bien des facteurs sont responsables de cette situation dont l'écart entre l'enseignement en salle de classe et la pratique sur les lieux du travail, la sensibilisation des sphères politiques et la participation au processus décisionnel. De plus, sont également mis en exergue d'autres facteurs dont le manque de confiance dans la prise en charge et transfert des femmes connaissant des complications et les limitations pour gérer le stress au travail.<sup>35</sup>

Il existe des solutions novatrices dans d'autres régions où des enveloppes de soins postnatals ont été adaptées et l'Afrique pourrait s'inspirer de ces expériences. Au Népal, un projet visait à améliorer l'accès de la mère et du nouveau-né à des soins postnatals fondamentaux et acceptables en faisant appel à un réseau d'ASC apportant des soins à domicile. Les résultats nous montrent qu'il est effectivement possible de former des volontaires pour qu'ils apportent des soins postnatals à domicile d'une qualité et couverture raisonnables. Le projet signale également des taux élevés de dépistage de problèmes de santé et de transfert des mères et des nouveau-nés, bien qu'il faille interpréter avec circonspection ces résultats vu la faible taille de l'échantillon de mères et de nouveau-nés ayant des problèmes de santé.<sup>37</sup>

## Etapes pratiques

Les gouvernements et leurs partenaires peuvent prendre un certain nombre d'actions concrètes pour étendre à plus grande échelle les soins postnatals, notamment en formulant une enveloppe de soins postnatals en fonction des données probantes, en forgeant et en renforçant les liens entre la communauté et l'établissement de santé et en améliorant l'information disponible pour guider la prise de décisions programmatiques.

### 1. Formuler une enveloppe de soins postnatals en fonction de données probantes

**Standardiser le moment et la fréquence des soins.** Il s'agit d'examiner et d'harmoniser davantage le moment, la fréquence et le contenu exact des consultations pour soins postnatals. Un grand nombre de pays en Afrique ont adopté ou partiellement adopté le modèle de soins de 1998 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui recommande des visites postnatales dans les six heures après la naissance, trois à six jours, six semaines et six mois (6-6-6-6).<sup>10</sup> Ce sont pourtant les 24 premières heures qui représentent le moment crucial puisque c'est là que surviennent la plupart des décès maternels et néonataux (Encadré III.4.1). Si c'est possible, le prochain contact devrait se faire le second ou le troisième jour de la vie et, si les ressources le permettent, une troisième visite sera faite pendant la première semaine. La visite routinière pendant la sixième semaine est importante pour les vaccinations du bébé et les conseils de planification familiale pour la mère. Les pays auront

### ENCADRÉ III.4.3 Sagesse des grands-mères pour les soins du nouveau-né

Un programme au Mali a recruté les grands-mères pour qu'elles éduquent les communautés sur de simples changements qui peuvent protéger la santé des mères et des bébés. Les grands-mères ont discuté d'une meilleure nutrition, de la prévention et du traitement des infections, de l'importance de garder les bébés secs et au chaud et de démarrer de suite l'allaitement. Par conséquent, les décès néonataux ont diminué et ont également reculé les pratiques nuisibles telles que le surcroît de travail pour les femmes enceintes, le fait de prendre un bain dans les six heures qui suivent l'accouchement, d'appliquer du beurre de cacao sur le cordon ombilical du bébé et de donner du café aux nouveau-nés. Les maris étaient davantage enclins à payer pour les services médicaux et des suppléments nutritionnels pendant la grossesse et même d'accompagner leur épouse aux services de santé.

Pensées d'une mère : « Le mur de la honte entre la belle-mère et la belle-fille s'effrite peu à peu ; l'argent est donné par le mari car l'autorisation lui vient de son père, qui a été influencé par sa femme. »

Source : Adapté de la référence<sup>38</sup>

probablement besoin d'un soutien pour adapter leur enveloppe de soins postnatals en fonction de la politique existante, notamment qui peut fournir ces soins et où ils peuvent être prodigués.

### *Mise en place d'un leadership à divers niveaux pour revoir, adapter, intégrer et exécuter l'enveloppe de soins postnatals.*

Dans leurs pays, les hauts représentants du gouvernement, aidés par les bailleurs de fonds, peuvent collaborer pour recommander les soins postnatals à la mère et au nouveau-né. Il est important que les Ministères de la Santé coordonnent, intègrent et renforcent le volet soins postnatals dans les programmes existants tels que la PCIME, la survie de l'enfant, les initiatives de maternité sans risques, les soins obstétricaux d'urgence et le développement infantile précoce.





L'équipe de ce leadership devrait évaluer les plans de formation avant l'emploi et en cours d'emploi pour tous les niveaux du personnel soignant, de sorte à vérifier que les soins postnatals essentiels sont toujours inclus.<sup>21</sup> Elle pourra également adapter, diffuser, institutionnaliser et appliquer des politiques sur des soins postnatals factuels.<sup>39</sup> Il existe des directives, du matériel de formation, des aides professionnelles et des registres postnatals pour la mère et le nouveau-né, mais ils ne sont pas encore combinés pour servir d'enveloppe intégrée permettant une application systématique sur l'ensemble de la région. Dans les endroits qui ont réussi à introduire des soins prénatals ciblés, la couverture s'étend harmonieusement tout le long de la continuité des soins pour dispenser une enveloppe de soins postnatals ciblés. Des messages clés sur les soins postnatals peuvent également être formulés de sorte à correspondre à d'autres messages de la SMNI. Après la mise en œuvre, les Ministères de la Santé et les parties concernées devraient planifier de revoir les opérations programmatiques, telles que les questions d'approvisionnement et de logistique et en tirer un enseignement pertinent.

## **2. Intégrer les programmes : forger et renforcer les liens entre la communauté et l'établissement de santé**

**Connecter les services de SMNI à chaque niveau de prestation de services.** Les soins postnatals demandent que des soins coordonnés soient apportés à la mère et au bébé chaque fois que des services sont dispensés (dans l'établissement de santé, dans la communauté et à domicile) et qu'existent des mécanismes d'orientation vers les services de santé maternelle et infantile. Dans bien des cas, le même agent de santé fournira des soins à la mère et au bébé et pourtant, les protocoles et les normes pour combiner les soins maternels et néonataux n'existent pas encore dans les établissements sanitaires périphériques, ou alors un agent de santé infantile évalue un bébé mais n'a pas été formé pour le faire. Aussi est-il impératif de distribuer des directives nationales à ceux qui fournissent les services - les agents de santé.

**Responsabiliser et habiliter les membres familiaux et communautaires.** Les préparatifs à la naissance et les soins postnatals sont un bon moment pour informer les mères, la famille et les membres communautaires sur les bonnes pratiques de soins maternels et néonataux à domicile. Un simple guide de communication et conseils guidera les familles des croyances culturelles à des soins néonataux essentiels basés sur des pratiques qui ont fait leurs preuves, notamment la reconnaissance à temps et le transfert rapide de la mère ou de l'enfant en cas de signe de danger. Lorsqu'on propose un changement de comportement, il est important de négocier ce changement notamment avec les responsables communautaires.

**Assurer la supervision, la gestion et la redevabilité.** La supervision et l'assurance de qualité sont les maillons faibles de divers programmes à base communautaire. Les responsables des programmes doivent être soutenus dans leur supervision régulière des ASC et des volontaires. On pourra envisager une rémunération des ASC en fonction de la performance pour qu'ils restent motivés et responsabilisés dans leur travail.

### **Envisager l'utilisation des maisons d'attente de maternité.**

Ces maisons d'attente qui sont reliées aux formations sanitaires dispensant des services obstétricaux d'urgence peuvent aider à réduire les décès pour les mères et les bébés, surtout pour celles qui habitent loin de l'établissement et qui ont des facteurs-risques connus, tels qu'un décès néonatal précédent. La nouvelle mère et son bébé peuvent rester dans ces maisons de maternité pendant trois à quatre jours pour être sûr qu'ils sont en bonne santé avant de rentrer chez eux.

### **Comblent la lacune entre les soins postnatals et la planification familiale.**

Les programmes de planification familiale devraient étendre leurs efforts et demander aux agents communautaires de coordonner leur travail avec les prestataires de soins dans les établissements de santé (et vice-versa). Les programmes doivent reconnaître et répondre à l'immobilité culturelle et physique de la mère lors de la période postnatale et tenir compte de la réceptivité des mères et de leur mari, des grands-mères et autres membres influents de la famille qui peuvent donner des conseils et apporter un soutien. Les stratégies de conseils doivent être réorientées afin d'inclure tous les aspects se rapportant aux soins du nouveau-né<sup>40</sup> (Section III chapitre 1).

**Forger et renforcer les principaux partenariats.** Il existe bien des manières imaginatives de reconnaître et de soutenir de nouveaux partenariats ou ceux qui existent déjà entre le gouvernement, les bailleurs de fonds, les organisations non gouvernementales, les groupements féminins, les praticiens traditionnels de la santé et les organisations confessionnelles locales. En voici certaines :

- Obtenir le soutien et la coopération des dirigeants religieux qui sont des membres éminents de la santé communautaire.
- Reconnaître l'influence des accoucheuses traditionnelles et autres prestataires communautaires et les inviter à se joindre à l'équipe de santé communautaire afin d'éduquer les parents et les grands-parents et leur apprendre les pratiques positives.
- Étendre la recherche préliminaire sur les connaissances, les attitudes et les comportements et négocier des changements dans les pratiques nuisibles tout en encourageant celles qui favorisent la santé.

## **3. Améliorer la formation disponible pour guider la prise de décisions programmatiques**

**Renforcer le suivi des soins postnatals.** On ne dispose pas de données sur la couverture en soins postnatals. Des indicateurs de suivi standardisés doivent être formulés pour reconnaître les soins postnatals comme un important programme de SMNI et pour évaluer les activités entre les divers pays.<sup>41</sup> Les systèmes d'information sanitaire doivent également inclure des indicateurs sur les soins postnatals (Encadré III.4.4). Par exemple, les futures EDS et les enquêtes sur grappes à multiples indicateurs (EGMI) devraient demander aux femmes qui viennent d'accoucher leur opinion sur la qualité et la fréquence des soins postnatals qu'elles ont obtenus, notamment quand, où et de la part de qui. Des indicateurs combinés pour les soins néonataux essentiels

sont à l'étude actuellement, par exemple, le pourcentage de nouveau-nés nettoyés avec un linge propre et sec après la naissance, mis au sein dans l'heure qui suit et gardés en contact avec la peau de la mère ou du soignant.

**Réaliser une recherche opérationnelle pertinente.**

Nombreuses sont les questions qui subsistent quant au *qui*, *où* et *comment* sont fournis les soins postnatals, surtout pour les populations pauvres et peu desservies et sur la bonne manière de fournir les soins postnatals dans divers lieux tout en restant relié avec le système de santé. Jusqu'à présent, la plupart des études ont été réalisées en Afrique et on manque d'information sur les programmes des soins postnatals en Afrique. Les lacunes de la recherche sont notamment les suivantes :

- Qui peut fournir des soins dans divers contextes ? Comment les programmes peuvent-ils repérer les femmes enceintes et les nouvelles mères qui n'ont pas accès à des soins prénatals et/ou à l'accouchement ? Qui peut faire quoi pour la mère et le bébé ?
- Où les meilleurs soins sont-ils fournis ? Où les femmes et les familles souhaitent-elles obtenir des soins postnatals - à domicile ou dans l'établissement de santé ? Les services peuvent-ils être fournis dans les établissements de santé et à domicile et être reliés ? Comment peut-on renforcer les systèmes d'orientation-recours ?
- Quelle est la fréquence avec laquelle les services devraient être fournis pour les soins postnatals routiniers et pour les soins supplémentaires pour les petits bébés ? Comment les soins postnatals peuvent-ils être mieux intégrés aux programmes de PTME et autres programmes ?
- Quel est l'impact et le coût des divers modèles de prestation des soins postnatals ?

## Conclusion

Un grand nombre de femmes africaines et leurs nouveau-nés n'ont pas accès aux soins de santé lors de la période postnatale précoce, les exposant ainsi à un risque accru de tomber malade et de mourir. Chaque année, 310 000 nouveau-nés en moins mourraient en Afrique et bien des vies maternelles pourraient être sauvées si la couverture en soins postnatals atteignait 90 % des femmes et des bébés.<sup>9</sup> Et pourtant, les programmes de soins postnatals sont le maillon le plus faible de la chaîne des programmes de santé reproductive et infantile de la région. Il est capital de faire progresser les politiques et programmes des soins postnatals, au même titre qu'il faut éprouver la faisabilité, la viabilité et le coût-efficacité de ce que nous savons déjà. Grandes sont les possibilités d'adapter les soins postnatals à divers milieux afin d'atteindre les femmes et leurs bébés et surtout en ce qui concerne les 18 millions de femmes africaines qui accouchent à domicile.

### ENCADRÉ III.4.4 Indicateurs clés pour les soins postnatals (SPN)

- Mère/nouveau-né reçoivent des SPN dans les trois jours\* et lors de visites ultérieures
- Endroit où les soins sont fournis et type de prestataires de soins
- Démarrage de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance
- Bébés malades emmenés pour le traitement
- Etablissements de santé où des prestataires de soins qualifiés ou formés sont compétents pour les soins néonataux essentiels et la prise en charge des complications maternelles et néonatales
- Taux de mortalité clinique des complications du nouveau-né (par cause si possible)

\* Indicateurs néonataux et infantiles dans la liste des indicateurs de survie de l'enfant du Compte à rebours à 2015.<sup>42</sup> Pour une liste complète, voir Section IV.



## Actions prioritaires pour renforcer les soins postnatals

*Mettre au point et utiliser une enveloppe factuelle de soins postnatals*

- Arriver à un accord international sur le moment, la fréquence et le contenu des soins
- Créer ou revitaliser un groupe de travail national chargé de formuler et d'appliquer une enveloppe nationale de soins postnatals, par exemple, une enveloppe liée à la Carte routière nationale
  - Adapter les protocoles programmatiques et les messages clés pour les soins postnatals
  - Former/recycler les agents de santé
  - Traiter les questions liées à l'offre et à la logistique

*Renforcer le programme*

- Comblar les clivages entre la planification familiale, les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals au sein de la famille/communauté et dans les établissements sanitaires

*Améliorer l'information disponible pour guider la prise de décisions programmatiques*

- Améliorer et standardiser les indicateurs de suivi pour les soins postnatals
- Faire une recherche opérationnelle pertinente

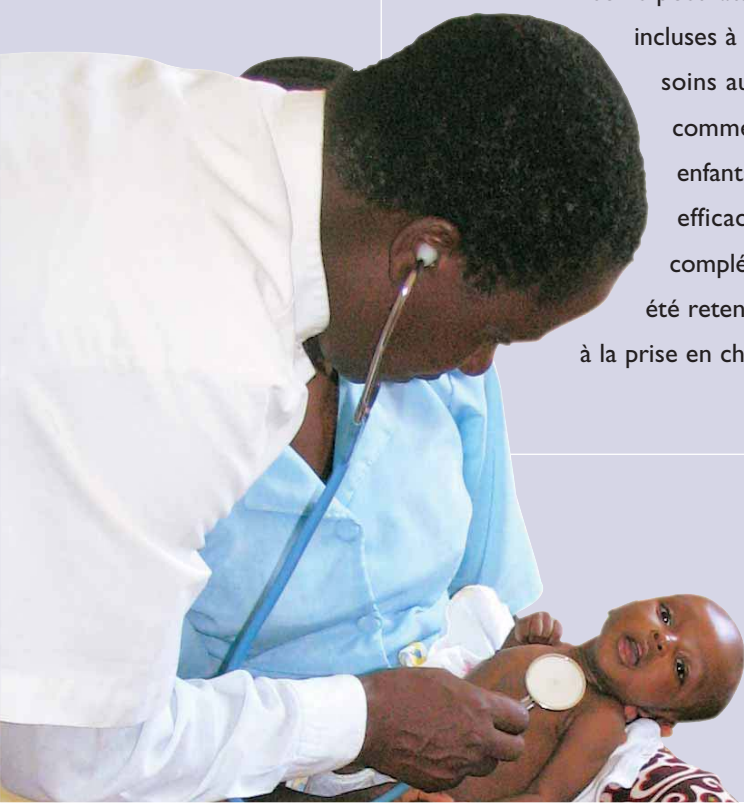


## Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)

Tigest Ketsela, Phanuel Habimana, Jose Martinez, Andrew Mbeve, Abimbola Williams, Jesca Nsungwa Sabiiti, Aboubacry Thiam, Indira Narayanan, Rajiv Bahl

**Chaque année, presque 11 millions d'enfants meurent avant leur cinquième anniversaire.** Face à cette situation, l'OMS et l'UNICEF, au début des années 90, ont mis au point la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), stratégie conçue pour réduire la mortalité et morbidité infantiles dans les pays en développement. L'approche est axée sur les grandes causes du décès chez les enfants et vise à améliorer les compétences de prise en charge chez les agents de santé, à renforcer le système de santé et à renforcer les pratiques familiales et communautaires. Par ailleurs, les modules de la PCIME originale ne comprennent pas les soins du nouveau-né malade pendant la première semaine de la vie, moment où survient un décès infantile sur trois et n'insistent pas non plus sur les soins du nouveau-né à domicile.

Dans pratiquement tous les pays de la région africaine, la PCIME est devenue la principale stratégie de survie de l'enfant, créant une occasion unique d'étendre les interventions de santé néonatale. Les activités ont déjà démarré puisque les directives génériques de la PCIME et le matériel de formation connexe ont été revus afin d'inclure la première semaine de la vie. Un grand nombre de pays en Afrique prévoient d'adapter la PCIME afin d'inclure les aspects manquants sur les soins du nouveau-né. Il subsiste pourtant certaines questions quant à l'adaptation de la PCIME en Afrique. Par exemple, les visites routinières à domicile pour les soins postnatals pendant la première semaine de la vie devraient-elles être incluses à la stratégie de la PCIME ? Est-ce que la PCIME devrait inclure des soins au moment de la naissance ? Est-ce que la formation en PCIME commence par la prise en charge des petits bébés (0 à 2 mois) ou des enfants plus âgés ? Quels sont les obstacles entravant la mise en œuvre efficace de la PCIME ? Comment peut-on combiner des approches complémentaires à base clinique et communautaire ? Bien des leçons ont été retenues de divers pays, surtout en Asie, où la PCIME est déjà adaptée à la prise en charge intégrée des maladies infantiles et néonatale (PCIMIN).



## Problème

La santé des enfants est étroitement liée à la santé et aux soins de leur mère. Alors que le bébé devient un enfant, il est très important d'adopter des comportements sains à domicile et de traiter les maladies pour sauver les vies. Le manque de soins ou des soins de mauvaise qualité ont des répercussions bien négatives pour le nouveau-né et l'enfant :

**Effets sur les nouveau-nés :** Chaque année, 1,16 million de bébés africains meurent pendant le premier mois de la vie et les infections en sont la cause principale. La majorité des 325 000 bébés qui meurent, d'après les estimations, de septicémie néonatale et de pneumonie pourraient être sauvés à l'aide de simples gestes de prévention tels que l'hygiène de la peau et du cordon, l'allaitement maternel et la chaleur et une meilleure prise en charge de ceux qui sont malades en utilisant des antibiotiques.<sup>1</sup> La plupart des décès sont enregistrés chez les bébés avec une insuffisance pondérale à la naissance (IPN) ou chez les bébés qui pèsent moins de 2 500 grammes à la naissance. De simples soins de tous les petits bébés et un traitement rapide des complications permettraient de sauver un grand nombre de ces vies. Mais ni les soins à domicile, ni les soins des petits bébés ou même le traitement des infections néonatales ont été traités systématiquement et à grande échelle par les programmes de santé infantile, notamment au niveau de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME).

**Effets sur les enfants :** Le manque de promotion sanitaire et de services de santé pour les bébés se répercute également sur les enfants plus âgés. En effet, de graves maladies contractées pendant le premier mois de la vie peuvent entraîner des infirmités permanentes et se répercuter négativement sur la performance scolaire. Et pourtant, il n'existe que peu de données concrètes sur ces graves maladies néonatales et leurs effets à long terme sur la santé. Les premières semaines de la vie revêtent une importance cruciale pour l'adoption de comportements sains, tels que l'allaitement maternel. En Afrique, seuls un tiers des bébés de moins de six mois bénéficient d'un allaitement maternel exclusif.<sup>2</sup>

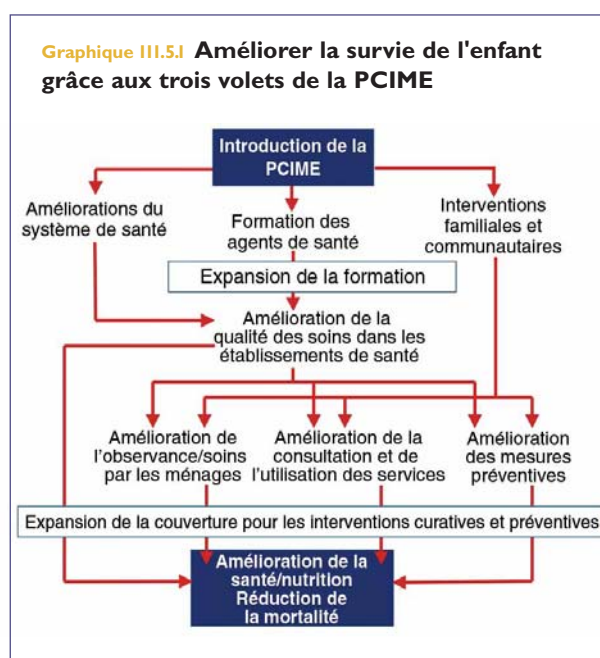
## L'enveloppe de la PCIME

La stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) tient une place centrale dans la survie et le développement de l'enfant. C'est un principe fondamental de la Convention des Droits de l'Enfant. La stratégie repose sur les droits humains qui garantissent des soins de santé à tous les enfants, quel que soit l'endroit où ils vivent. Elle est mise en œuvre en comblant les lacunes dans les connaissances, compétences et pratiques communautaires se rapportant à la santé de l'enfant, la reconnaissance de maladies, la prise en charge à domicile d'enfants malades et le comportement de consultation des services de santé. La stratégie de la PCIME comprend trois grandes composantes :

1. Prise en charge intégrée des enfants malades dans les établissements et dans les centres de santé
2. Renforcement des systèmes de santé, notamment l'approvisionnement en médicaments et le soutien logistique
3. PCIME communautaire ou promotion de comportements clés familiaux et communautaires

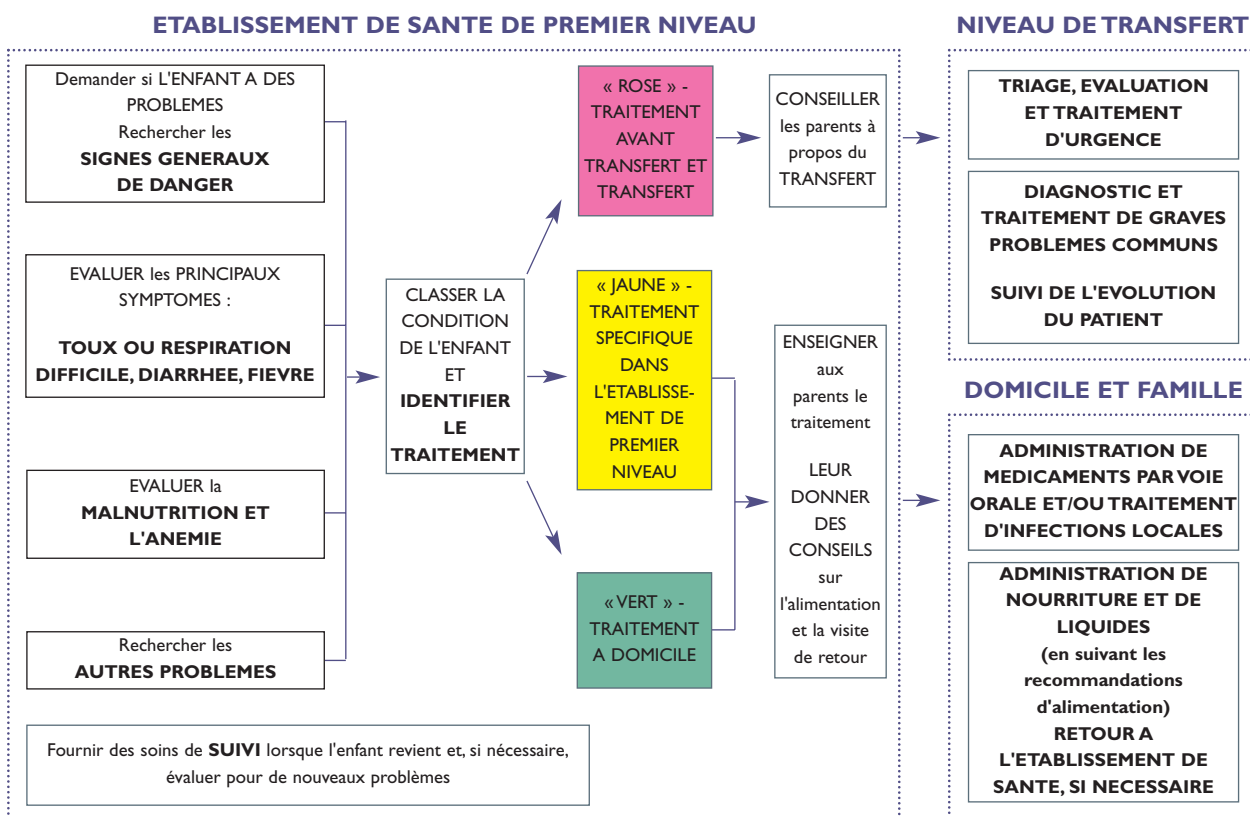
Les trois composantes de la stratégie de la PCIME sont surtout efficaces lorsqu'elles sont exécutées simultanément. Par exemple, une formation en matière de PCIME pour améliorer les compétences des agents de santé afin de permettre une meilleure prise en charge des cas dans les établissements de santé, conjuguée au renforcement des systèmes de santé, par exemple, l'amélioration de la fourniture en médicaments essentiels, a permis de faire reculer de 13 % la mortalité des moins de cinq ans en l'espace de deux ans en Tanzanie.<sup>3</sup> Au Bangladesh, les soins à domicile en cas de maladie et la consultation des services

de santé à temps a permis d'améliorer la PCIME communautaire (PCIME-C) et la formation portant sur la PCIME a permis d'améliorer la qualité des services dans les établissements de santé. Cette conjugaison d'approches communautaires et cliniques a permis une nette augmentation de la fréquentation des services.<sup>4</sup> Le Graphique III.5.1 illustre l'effet qu'ont sur la survie ces interventions dans les trois composantes de la PCIME.<sup>5</sup>



Source : Références<sup>5,6</sup>. Reproduit avec la permission de l'OMS.

**Graphique III.5.2** Prise en charge des maladies de l'enfance dans l'établissement de premier niveau, au niveau transfert et à domicile



Source : Adapté des références<sup>56</sup>

La PCIME fonctionne le mieux lorsque les familles et les communautés sont reliées à l'établissement de premier niveau qui, à son tour, est bien relié au niveau de référence (Graphique III.5.2). C'est le même principe que celui énoncé à la Section II concernant l'importance d'une continuité fluide de soins entre les divers niveaux de services de santé.

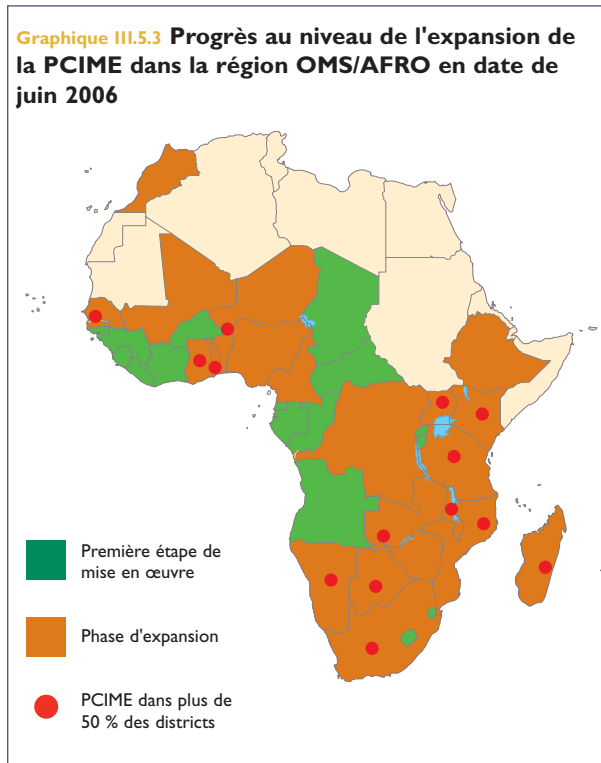
La PCIME combine la prévention et les soins et s'attache à l'enfant entier, pas simplement aux maladies prises individuellement. Le Tableau III.5.1 présente les types d'intervention entrant dans la stratégie de la PCIME.

**Tableau III.5.1** Types d'interventions incluses actuellement dans la stratégie de la PCIME

NIVEAU	TYPES D'INTERVENTIONS	
	Prévention des maladies et promotion de la croissance	Réponse aux maladies (soins curatifs)
Domicile et communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promotion communautaire/à domicile de pratiques adéquates d'alimentation du nourrisson ; conseils par les pairs sur l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire</li> <li>Utilisation de moustiquaires imprégnées aux insecticides</li> <li>Pratiques adéquates de prévention des infections</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconnaissance et traitement rapides à domicile des maladies</li> <li>Consultation des services de santé</li> <li>Observance des recommandations de traitement</li> </ul>
Services de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaccinations</li> <li>Supplémentation en micronutriments</li> <li>Conseils de l'agent de santé pour l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire adéquate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement de l'infection respiratoire aiguë, de la diarrhée, de la rougeole, du paludisme, de la malnutrition et autres graves infections</li> <li>Conseils sur les problèmes d'alimentation</li> <li>Fer pour le traitement de l'anémie</li> <li>Traitement avec vermifuge</li> </ul>

## Couverture actuelle de la PCIME

Actuellement, la PCIME est mise en œuvre dans plus de 100 pays dans le monde. En juin 2006, 44 des 46 pays de l'Afrique subsaharienne se trouvaient à diverses étapes de la mise en œuvre de la PCIME et 27 l'étendaient au-delà des quelques districts de départ. Quatorze de ces 27 pays mettent en œuvre la stratégie dans plus de 50 % de leurs districts (Graphique III.5.3).



La mise en œuvre de la PCIME est évaluée dans le cadre de deux importantes activités : examen analytique de la PCIME<sup>7</sup> et évaluation dans de multiples pays.<sup>5,6</sup> Ces rapports ont constaté que la formation en PCIME améliorerait nettement la qualité des soins dans les établissements de santé.<sup>3,8-10</sup> Et pourtant, si certains pays sont arrivés à une couverture élevée, la plupart pourtant ont progressé plus lentement qu'on ne l'avait espéré au départ.<sup>6</sup> Dans bien des pays, la stratégie de la PCIME s'attache davantage à la formation de l'agent de santé qu'à la combinaison des trois composantes. Par contre, dans les pays où deux ou trois de ces composantes de la PCIME ont progressé ensemble, tel qu'en Tanzanie et au Bangladesh, des progrès plus rapides ont été faits pour améliorer la survie de l'enfant.<sup>4,11</sup>

## Possibilités de renforcer les soins néonataux dans le cadre de la PCIME

Classant par ordre prioritaire les principales causes de la mortalité infantile, les directives génériques originales de la PCIME ont pourtant raté deux grandes causes de décès néonataux pendant la première semaine de la vie - asphyxie et naissance prématurée. Les algorithmes pour le jeune enfant ne traitent que de la prévention et de la prise en charge des infections après la première semaine de la vie car ce n'est que récemment que l'information est devenue disponible sur les

simples signes cliniques de maladie pendant cette période.<sup>12,13</sup> Lorsque les algorithmes ont été mis au point, on pensait que les soins au moment de la naissance et lors de la première semaine pouvaient être assurés essentiellement par les programmes de soins maternels alors qu'en réalité, les soins néonataux tombent justement dans cette brisure entre les soins maternels et les soins infantiles.<sup>14</sup>

De plus, la mise en œuvre de la PCIME insiste sur des interventions dispensées par le système formel de soins de santé. Et pourtant, l'une des premières étapes les plus simples pour sauver la vie du nouveau-né repose sur des approches qui sont à base communautaire. Les pratiques familiales et communautaires clés identifiées au départ par la stratégie de la PCIME ne s'attachaient pas aux pratiques de soins néonataux telles que l'allaitement maternel immédiat et les soins thermiques.

Le renforcement des interventions néonatales dans le cadre de chaque composante de la PCIME permettrait de sauver un grand nombre des vies de nouveau-nés tout en profitant également à la PCIME elle-même puisque cela intégrerait davantage les trois composantes de cette stratégie. Ainsi, les programmes de la PCIME peuvent renforcer la continuité des soins en encourageant des activités qui améliorent les soins néonataux dans le cadre de la famille et en apportant le soutien nécessaire aux bébés vulnérables. Cela s'applique notamment aux soins pour les bébés avec IPN, au dépistage de bébés avec des signes de graves maladies et au transfert à temps vers un niveau supérieur de soins, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des soins pour les maladies néonatales dans les établissements de soins primaires et de soins de référence. Le suivi des bébés ayant des problèmes dépistés à cause d'une condition maternelle telle que la syphilis ou l'infection à VIH deviendrait également une priorité du personnel soignant, suite à un échange amélioré entre les services de santé maternelle et infantile.

## Prise en charge des maladies dans les établissements de santé de premier niveau -

### possibilités d'inclure les interventions néonatales

La prise en charge intégrée des enfants malades dans les établissements est le premier volet et celui exécuté le plus efficacement de la PCIME. Le principe de base consiste à améliorer la capacité des agents de santé pour qu'ils puissent classer les enfants malades à l'aide d'algorithmes simplifiés permettant de dépister des maladies très graves exigeant que l'enfant soit transféré vers le service compétent et d'autres affections plus simples qui peuvent être traitées au niveau des soins primaires. La version générique originale de la PCIME comprend des algorithmes et des prises en charge de jeunes enfants allant d'une semaine à deux mois. La formation est axée sur le dépistage et le traitement d'infections graves et locales, de diarrhée, d'IPN et de problèmes d'alimentation chez les jeunes enfants.

Récemment, les directives génériques de prise en charge des cas de la PCIME ont été revues et permettront des adaptations selon les pays. (Voir ressources de programme à la page 148.) Les directives revues comprennent les adjonctions suivantes à la version originale :

- Algorithme en fonction de données probantes pour le dépistage et le traitement de maladies lors de la première semaine de la vie (les maladies très graves sont notamment l'asphyxie, les complications de la naissance prématurée et les infections graves, les infections locales et la jaunisse).<sup>12,13</sup>





- Des directives supplémentaires sur les soins thermiques des nouveau-nés avec IPN, notamment soins peau à peau.
- Directives supplémentaires sur l'alimentation des bébés avec IPN, notamment alimentation avec le lait maternel extrait en utilisant une autre méthode d'alimentation, par exemple, une tasse.
- Directives améliorées sur les soins à domicile pendant l'entière période néonatale, dont l'allaitement maternel précoce et exclusif, garder le bébé au chaud, soins du cordon et de la peau avec les bonnes mesures d'hygiène et soins à temps et adéquats pour les maladies.
- Prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH dans les contextes où la prévalence du VIH est élevée.

Le matériel de formation revu pour la PCIME apporte également des directives sur les mesures que peuvent prendre les agents de santé lorsqu'un jeune enfant devrait être transféré vers un autre établissement, mais que ce n'est pas possible. Notons toutefois que les directives revues de la PCIME ne comprennent pas les soins néonataux au moment de la naissance, ni la réanimation du nouveau-né. Par ailleurs, il existe des directives et modules de formation qui peuvent être adaptés à cette fin et les agents de santé qui assistent aux accouchements devraient les consulter pour améliorer leurs compétences. (Pour de plus amples informations, voir Section III.3.)

### **PCIME communautaire - possibilités de rapprocher les soins néonataux des familles**

L'amélioration des pratiques familiales et communautaires par le biais de la PCIME-C a été reconnue officiellement comme une composante de la stratégie de la PCIME lors de la première Réunion d'Examen et Consultation mondiale de la PCIME qui s'est tenue en 1997. Les participants de cette réunion ont reconnu que la seule amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé ne permettrait pas d'arriver à la réduction souhaitée de la morbidité et de la mortalité infantiles puisqu'un grand nombre de mères n'amènent pas leurs enfants malades dans les établissements de santé.

Le recul de la mortalité maternelle exige un partenariat entre les agents de santé et les familles, soutenu par la communauté. Les agents de santé doivent être en contact avec les familles et les communautaires pour vérifier que les familles apportent les soins indiqués favorisant une bonne croissance et un développement sain de leurs enfants. Les familles doivent être capables de prendre les actions nécessaires lorsque leur enfant est malade et devraient reconnaître les problèmes ou signes de maladie dès le début, puis consulter les services de santé lorsque les enfants ont besoin de soins supplémentaires et administrer les traitements recommandés.

La PCIME-C vise à atteindre les familles et les communautés dans l'endroit où elles vivent. C'est une possibilité d'intervenir auprès des enfants marginalisés et difficiles à atteindre. Elle

**Tableau III.5.2 Pratiques familiales et communautaires essentielles**

<p><b>Promotion de la croissance et développement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allaiter exclusivement pendant 6 mois</li> <li>• Introduire une alimentation complémentaire appropriée à partir de 6 mois tout en continuant à allaiter jusqu'à 24 mois</li> <li>• Apporter des micronutriments adéquats, par le biais du régime alimentaire ou de la supplémentation</li> <li>• Promouvoir le développement mental et psychosocial</li> </ul> <p><b>Consultation des services de santé et observance du traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emmener l'enfant pour toutes les vaccinations nécessaires avant l'âge d'un an</li> <li>• Reconnaître lorsque l'enfant a besoin d'un traitement à l'extérieur du domicile et l'emmener voir l'agent de santé</li> <li>• Suivre les conseils de l'agent de santé concernant le traitement, le suivi et le transfert</li> <li>• Vérifier que toutes les femmes enceintes reçoivent des soins prénataux adéquats et une vaccination contre le tétanos pendant la grossesse</li> <li>• Encourager la participation active des hommes aux soins de l'enfant et à la santé reproductive</li> </ul>	<p><b>Prise en charge à domicile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer à alimenter et donner davantage d'aliments et de liquides lorsque l'enfant est malade</li> <li>• Administrer le traitement recommandé à domicile pour la maladie</li> <li>• Prendre les mesures nécessaires pour prévenir et traiter les blessures et accidents de l'enfant</li> </ul> <p><b>Prévention des maladies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeter les matières fécales avec les bonnes mesures d'hygiène, se laver les mains après la défécation, avant de préparer les repas et avant de donner à manger à l'enfant</li> <li>• Vérifier que l'enfant dort sous une moustiquaire imprégnée aux insecticides</li> <li>• Veiller à la prévention et aux soins des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA</li> <li>• Prévenir les abus/la négligence des enfants et prendre des mesures si un tel abus a lieu</li> </ul>
---	---

stimule la participation des parents, des soignants et des communautés à leur propre développement et les encourage à prendre des actions qui favoriseront la survie et le développement de leurs enfants. Il existe 16 pratiques familiales et communautaires clés pour les soins infantiles retenues pour la région africaine, tel que le montre le Tableau III.5.2. L'inscription à l'état civil lors de la naissance a été ajoutée dans un certain nombre de pays dans le cadre d'adaptations individuelles.

Un certain nombre de ces pratiques communautaires clés qui visent le bien-être de l'enfant plus âgé concernent également la santé néonatale :

- Allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois (en tenant compte de la politique OMS/UNICEF/ONUSIDA et de leurs recommandations sur le VIH et l'alimentation du nourrisson)<sup>15,16</sup>
- Dépistage rapide des signes de danger et consultation des services de santé dans les meilleurs délais pour le traitement des maladies
- Observance du conseil de l'agent de santé concernant le traitement, le suivi et le transfert
- Vérification que les bébés, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes dans les pays où le paludisme est endémique dorment sous des moustiquaires imprégnées aux insecticides
- Promotion de la participation active des hommes aux soins de l'enfant
- Vérification que chaque femme enceinte reçoive les quatre consultations prénatales recommandées avec au moins deux doses de vaccination antitétanique et un traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse

Par ailleurs, il faudrait intégrer un plus grand nombre de pratiques qui améliorent la santé et la survie du nouveau-né. En effet, l'adjonction des pratiques suivantes à la PCIME-C renforcerait l'effet du programme sur la santé néonatale :

- Démarrage quasi-immédiat de l'allaitement maternel, dans l'heure qui suit la naissance
- Garder le bébé au chaud, notamment soins peau à peau (voir Encadré III.5.1)
- Soins du cordon et de la peau avec les bonnes mesures d'hygiène

Il ne sera certes pas facile d'étendre la couverture de la PCIME tout en encourageant les pratiques clés des soins prénatals et pourtant, c'est possible.<sup>17</sup> La PCIME-C a été mise en œuvre à l'aide de diverses approches communautaires et à présent, il existe plusieurs modèles réussis dont on peut s'inspirer. En effet, l'étude sur la mobilisation sociale par le biais des groupements féminins pour améliorer les soins pour les femmes enceintes les nouveau-nés au Népal a permis un net recul de la mortalité néonatale.<sup>18</sup> Par ailleurs, le modèle des visites régulières à domicile pour améliorer les soins postnatals a également été reproduit avec réussite dans le cadre de plusieurs recherches et programmes<sup>19</sup> (PCIMIN en Inde et Lady Health Workers au Pakistan).

La prise en charge de la maladie au niveau communautaire ou à domicile est une méthode particulièrement efficace pour réduire la mortalité néonatale dans des endroits où l'accès à des établissements de santé est très limité et où les transferts sont difficiles. Une méta-analyse d'études a montré que le traitement communautaire de la pneumonie chez les nouveau-nés arrivait à réduire de l'ordre de 27 % (18 %-36 %) la mortalité néonatale

imputable à toutes les causes.<sup>20</sup> D'autres études ont également noté des obstacles à la mise en œuvre de la stratégie. Par exemple, les agents de santé communautaires (ASC) avaient du mal à faire la différence entre la pneumonie et la septicémie et la méningite chez les nouveau-nés. Dans le cadre d'une autre étude à Gadchiroli, en Inde, la prise en charge à domicile de la septicémie par les ASC, à l'aide de cotrimoxazole par voie orale et de gentamicine par voie intramusculaire, a permis de réduire la mortalité imputable à la septicémie et la mortalité générale.<sup>21</sup> Notons toutefois que cette étude unique utilisant des antibiotiques par injection s'est déroulée dans un endroit où n'existait pratiquement aucun accès aux soins de santé et un endroit où il a été possible d'apporter une formation intense et un suivi régulier aux ASC. Aussi, s'agit-il de bien soupeser la situation avant d'étendre l'approche à plus grande échelle. Actuellement, l'OMS ne recommande pas que les ASC prennent en charge de graves infections néonatales.

### **Prise en charge des maladies à l'hôpital - possibilités d'améliorer les soins et de sauver des vies**

Des directives ont été publiées récemment pour les soins hospitaliers des enfants et des bébés dans des contextes aux ressources modiques, par exemple, le *Pocket Book of Hospital Care for Children*. (Voir ressources de programme à la page 148.) Le chapitre sur les problèmes du nouveau-né traite des soins au moment de la naissance, dont la réanimation néonatale, ainsi que la prise en charge de nouveau-nés souffrant d'asphyxie, d'infections graves et d'IPN. Les directives traitent également des compétences pour l'administration d'injections par voie intramusculaire, la mise en place de voies veineuses, le cathétérisme des veines ombilicales et l'alimentation par voie nasogastrique. Les directives peuvent être utilisées comme normes pour l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux.

Certes, il existe des directives mais par contre peu d'efforts programmatiques concertés pour améliorer la qualité des soins des enfants dans les hôpitaux de district et les CHU en Afrique et encore moins d'attention est accordée à l'amélioration des soins hospitaliers des nouveau-nés malades. Dans les pays où au moins la moitié de toutes les naissances ont lieu dans des hôpitaux, l'une des manières les plus efficaces par rapport aux coûts de réduire les décès néonataux consiste à améliorer la qualité des soins pour les bébés malades.<sup>1,22,23</sup> Des soins hospitaliers efficaces des nouveau-nés malades demandent que soient adaptées les directives existantes et que soient améliorées les compétences des prestataires de soins de santé. Il faut également améliorer les méthodes de prévention des infections et la logistique pour l'équipement et les médicaments essentiels.

Une prise en charge réussie des enfants malades à l'hôpital demande que soient intégrées les interventions essentielles telles que la réanimation néonatale, le traitement des infections et de meilleurs soins pour l'alimentation des bébés avec IPN et des bébés très prématurés.<sup>24</sup> Tous les nourrissons bénéficient des soins peau à peau, surtout dans un climat froid ou une saison fraîche de l'année. Les bébés avec IPN qui ne sont pas malades et qui pèsent entre 1 000 et 2 000 grammes auront tout à gagner de la Méthode de la Mère Kangourou (MMK), surtout lors des premiers jours de la vie (Encadré III.5.1).

### **Renforcement du système de santé**

Le renforcement de la capacité des ressources humaines, notamment l'amélioration des compétences de l'agent de santé, doit être sous-tendu par une bonne infrastructure, la disponibilité régulière de médicaments, fournitures et équipement, ainsi que

### Encadré III.5.1 Méthode de la Mère Kangourou

La méthode de la mère kangourou (MMK) est une manière efficace de prendre soin d'un petit bébé pesant entre 1 000 et 2 000 grammes qui n'a pas de grave maladie. La MMK lui donne chaleur, lait maternel, protection contre l'infection, stimulation et amour.

Le bébé est déshabillé, sauf son bonnet, ses langes et ses chaussons et il est placé droit entre les seins de la mère, avec la tête tournée d'un côté. Ensuite, le bébé est attaché sur la poitrine de la mère avec un pagne et couvert par les habits de la mère. Si la mère n'est pas disponible, le père ou un autre adulte peut lui donner les soins peau-à-peau. Ces soins sont maintenus jusqu'à ce que le bébé ne les accepte plus, généralement quand le poids dépasse 2 000 grammes. On peut continuer sans risques la MMK à la maison.

La recherche a montré que, pour les bébés prématurés, la MMK est aussi efficace, sinon plus efficace, que les soins en incubateur.<sup>25</sup> De petits bébés bénéficiant de la MMK restent moins longtemps à l'hôpital que ceux recevant des soins conventionnels. Ils ont moins d'infections et prennent du poids plus rapidement, épargnant l'argent et le temps de l'hôpital et épargnant à la famille une souffrance supplémentaire.



par une supervision et un suivi constructifs. Les efforts faits pour attirer l'attention des dirigeants sur la charge de morbidité chez les moins de cinq ans et sur les niveaux adéquats d'investissement ont mis en relief la santé du nouveau-né.<sup>26,27</sup> Ce contexte favorable et les compétences de prise en charge sont nécessaires pour des interventions efficaces à tous les niveaux - communautés, établissements de santé de premier niveau et hôpitaux.

L'adjonction de médicaments et de fournitures pour le traitement d'affections courantes du nouveau-né aux listes de médicaments essentiels de la PCIME est une étape d'importance critique pour vérifier la disponibilité de ces fournitures.

Un meilleur suivi permettra d'améliorer les soins dispensés aux nourrissons et aux jeunes enfants. Les programmes peuvent utiliser des listes de vérification pour évaluer la qualité des soins néonataux et juger ainsi du traitement des enfants malades et de l'acquisition de compétences chez les agents de santé. Les indicateurs du suivi pourront indiquer le nombre d'enfants malades dans les établissements de santé qui sont transférés vers d'autres niveaux en cas de maladie grave, ainsi que les nourrissons bénéficiant de contacts postnatals réguliers avec des agents de santé formés. L'information locale sur la charge de morbidité, ainsi que les niveaux d'investissement pour les nouveau-nés et les enfants devront être communiqués aux dirigeants car cette information est importante pour la prise de décisions et le classement prioritaire des interventions, ainsi que pour la mise en œuvre des programmes.

#### **Adapter la PCIME pour sauver les vies des nouveau-nés - mettre le « N » dans la PCIMIN**

L'adaptation de la PCIME pour renforcer les soins néonataux exige la création d'un comité national d'experts techniques et autres parties prenantes qui devront discuter des aspects spécifiques de la nouvelle enveloppe de la PCIME. Le comité devra tenir compte de la situation actuelle de santé néonatale, ainsi que du statut des programmes de santé maternelle et infantile.

Les questions suivantes sont d'importance critique lors de l'adaptation des directives de prise en charge de cas de la PCIME en vue de renforcer les soins néonataux dans les établissements de santé de premier niveau :

*Contenu de la formation ?* On recommande vivement que la PCIME porte également sur la prise en charge des nouveau-nés pendant la première semaine de la vie. En d'autres mots, la section sur les nourrissons dans la PCIME devrait présenter la prise en charge des bébés après la naissance et jusqu'à l'âge de deux mois. Dans tous les contextes, le contenu de la PCIME devra traiter des graves maladies chez les bébés (infections sérieuses, asphyxie et complication de la naissance prématurée), la diarrhée, les problèmes d'alimentation et les soins des nourrissons avec IPN. On peut ajouter, par exemple, l'infection oculaire gonococcique dans les contextes où l'épidémiologie locale indique que ces infections sont répandues. On peut également envisager d'inclure la jaunisse, sachant que cette maladie, bien qu'elle entraîne une grande incapacité, n'est pas une des grandes causes du décès. Par contre, les signes cliniques ne sont pas une manière fiable de dépister une jaunisse exigeant un traitement.<sup>12,13</sup>

La PCIME révisée et générique ne comprend pas les soins à l'accouchement puisque les professionnels de la santé qui apportent une assistance obstétricale doivent disposer de compétences pour prendre en charge la mère pendant l'accouchement et que ce n'est généralement pas la même personne qui fournit des services de PCIME aux enfants. Un module de formation complémentaire pour les soins néonataux au moment de la naissance, y compris la réanimation, pourrait être utilisé soit pour le prestataire qualifié, soit pour des contextes particuliers lorsque l'agent qui a reçu une formation en PCIME serait également présent à la naissance. Le cours de l'OMS sur une Grossesse moins risquée et des soins néonataux essentiels pourrait être adapté à cette fin.

*Ordre de la formation ?* Dans la version générique de la PCIME, la formation commence par la prise en charge d'un enfant de 2 mois à cinq ans, suivi par le nourrisson. Certains pays (par exemple, l'Inde et l'Éthiopie) ont inversé la séquence de la formation pour donner plus d'importance à la santé du nouveau-né. La décision comporte plusieurs implications. Il faudra enseigner au début les parties communes de la formation (par exemple, le concept de la classification par code de couleur, les signes cliniques tels que la respiration rapide et tirage sous-costal) en utilisant la section du nourrisson (0 à 2 mois). Aussi, faudra-t-il reformuler tout le matériel pédagogique et augmenter le temps consacré à la section sur le nourrisson. Rien ne prouve à ce jour que cette nouvelle séquence de la formation permet d'améliorer nettement les compétences de l'agent de santé. D'après la recommandation actuelle, il n'est pas nécessaire d'inverser la séquence si suffisamment de temps est consacré à la formation liée à la prise en charge des nourrissons, y compris des nouveau-nés.

*Pendant combien de temps faut-il former ?* Probablement que la grande force de la formation en PCIME réside dans l'importance qu'elle accorde à l'acquisition de compétences par le biais de la pratique. Les directives revues de la PCIME recommandent au moins trois séances de pratique clinique pour la formation portant sur le jeune enfant, couvrant l'évaluation et le traitement de maladies graves, les problèmes d'alimentation et l'IPN, les trois comprenant des composantes de soins à domicile. Cela suppose au moins 2,5 à 3 jours pour enseigner la section du

nourrisson. Si la formation complète de la PCIME de 11 jours est donnée, on recommande qu'au moins un tiers de la formation totale soit consacré à la prise en charge du nourrisson - soit un minimum de trois jours. Si un atelier plus court est réalisé (par exemple, six jours), alors au moins 40 % du temps devraient être consacrés aux soins du nourrisson - un minimum de deux jours et demi. Cette durée n'est pas toujours possible, mais on pourra toujours envisager d'autres stratégies pour le renforcement des compétences, par exemple, une pratique clinique supervisée sur les lieux du travail lors du suivi après la formation.

*Où former ?* Généralement, les consultations externes ne sont pas un bon endroit pour enseigner une pratique clinique sur les nourrissons. Les sessions de pratique clinique devraient être organisées dans les salles de l'hôpital, les salles d'urgence et les services postnatals des hôpitaux. La stratégie de pratique clinique pour les nourrissons change légèrement de celle destinée à l'enfant plus âgé qui se déroule essentiellement dans la consultation externe.

Une des stratégies pour apporter des soins postnatals aux mères et aux nouveau-nés consiste à utiliser les visites à domicile par les agents de santé cliniques ou communautaires. L'adjonction de cette composante à la PCIME demandera une pratique supplémentaire portant sur les visites à domicile et au moins une journée en plus de formation.

#### **Exemples de processus d'adaptation dans divers pays**

Le processus d'adaptation peut changer dans chaque pays et l'enveloppe finale de soins risque de ne pas être la même, mais

**Tableau III.5.2 Adaptation de la PCIME à la PCIMIN en Inde - décisions clés et leur bien-fondé**

<b>Élément</b>	<b>Décision prise par un comité d'adaptation en Inde</b>	<b>Bien-fondé</b>
Première semaine de la vie	Comprend le traitement de l'infection, la jaunisse, l'hypothermie, les problèmes d'alimentation et l'IPN	Une grande proportion des décès néonataux en Inde survient pendant la première semaine de la vie
Soins au moment de la naissance	Pas compris	Tout le public visé n'apporte pas une assistance à l'accouchement. Il existe du matériel complémentaire pour améliorer les compétences des agents qui apportent une assistance lors de l'accouchement
Séquence de la formation	Jeune enfant avant l'enfant plus âgé	Presque la moitié des décès des moins de cinq ans en Inde surviennent lors de la période néonatale. Il faut accorder une plus grande attention au nouveau-né
Temps de la formation	50 % de la durée totale de la formation	Un changement de séquence suppose que les sections courantes (approche de classification) sont enseignées avec la prise en charge de la maladie chez le jeune enfant ; 3 séances de pratique clinique et 1 séance pratique pour les visites à domicile sont nécessaires
Pratique clinique	3 séances de pratique clinique - (i) maladie grave : en salle d'urgence et service hospitalier (ii) problèmes d'allaitement maternel : services postnatals (iii) IPN : services hospitaliers et services postnatals 1 séance de pratique de visite à domicile - communauté	Généralement, les jeunes enfants malades ne sont pas emmenés aux consultations externes. Ils sont emmenés en salle d'urgence, sont hospitalisés ou restent à la maison
Visites régulières à domicile pour les soins postnatals	3 visites régulières à domicile de la part d'agents communautaires, aidés par le personnel de l'établissement de santé, lors de la première semaine de la vie - 1er, 3e et 7e jours - pour tous les nouveau-nés. Trois visites hebdomadaires supplémentaires pour les bébés avec IPN - 2e, 3e et 4e semaines.	La couverture en SPN est faible, surtout pendant la première semaine et on peut faire appel aux agents communautaires en place pour fournir les soins postnatals à domicile

Il est important de peser le pour et le contre de chaque choix. Le tableau ci-après récapitule les décisions d'adaptation prises en Inde. Certaines de ces décisions sont applicables spécifiquement au contexte indien.

Un certain nombre de pays africains ont également adapté la PCIME aux soins néonataux :

En **Tanzanie**, les soins pendant la première semaine de la vie ont été ajoutés aux algorithmes de la PCIME et à la formation standard de 11 jours.

En **Ethiopie**, suite à des contraintes financières et à la durée pendant laquelle l'agent de santé doit être absent de son travail, le Ministère de la Santé a demandé une formation plus courte en PCIME. Aussi, cette formation est-elle passée de 11 jours à six jours et des composantes importantes sur les soins néonataux ont-elles été ajoutées, notamment des visites à domicile pour tous les bébés, un algorithme de soins pour le bébé malade et des soins supplémentaires avec les bébés avec une IPN, notamment la MMK à domicile.

Au **Malawi** les soins néonataux et les soins pour le VIH/SIDA ont été ajoutés simultanément pour éviter des révisions répétées du programme de formation en PCIME. De plus, le pays connaissant une grave limitation du personnel soignant, la décision a été prise de réduire la formation à six jours, du moins à l'étape pilote, de pair avec une évaluation du niveau des compétences.

## Défis

La PCIME crée une excellente possibilité d'étendre à plus grande échelle les soins néonataux, bien que certains obstacles se dressent également à l'expansion de la PCIME et au renforcement des interventions néonatales et soins dans le cadre de la PCIME.

### Offre de services

*Adaptation de matériel et formation/recyclage des agents de santé :* L'adaptation du matériel demande beaucoup de temps, de ressources et de coordination. Doivent participer toutes les parties prenantes au niveau du pays. Le recyclage des agents de santé formés en matière de PCIME en fonction du matériel nouvellement adapté s'accompagne de coûts directs, ainsi que de coûts d'opportunité pour les agents qui doivent s'absenter des lieux du travail.

*Ressources humaines et financières insuffisantes :* Une formation chère et qui prend du temps est un des obstacles à l'expansion de la PCIME dans bien des pays. Certains pays ont opté pour des ateliers plus courts à l'intention d'un grand nombre d'agents de santé afin d'accélérer cette expansion. Il est important d'évaluer ces efforts et la qualité des soins. Même si l'atelier est raccourci, il faudra au moins 2,5 à 3 jours pour la section sur le nourrisson. Il peut également s'avérer difficile de trouver le nombre suffisant de nourrissons, surtout de nourrissons malades, pour les démonstrations dans certains centres de santé, ce qui limite le choix des sites de formation. La nature même de la maladie chez de tels bébés empêche parfois l'observation ou fait qu'il est dangereux de toucher le bébé. Aussi, certaines méthodes créatives, telles que les vidéos, devront probablement être utilisées.

*Qualité des soins insuffisante au niveau communautaire :* Des obstacles juridiques peuvent également se dresser lorsque les politiques publiques et les entités professionnelles ne permettent

pas aux ASC d'être responsables du traitement des bébés malades, même lorsque l'accès est limité aux établissements de santé. Il est urgent de se donner une stratégie pour lever cet obstacle politique et fournir des soins salvateurs à des nouveau-nés et enfants qui ne les reçoivent pas au niveau communautaire. Des outils sont en train d'être mis au point pour renforcer les capacités pour les visites à domicile et les activités communautaires de la part des ASC et autres prestataires de soins communautaires.

### Demande pour les soins

Généralement, les familles n'ont pas de connaissance suffisante sur la consultation des soins pour les enfants malades. La situation se complique encore davantage du fait de pratiques traditionnelles qui gardent les mères et les bébés chez elles pour diverses périodes. En outre, ils restent souvent dans des chambres sombres ou mal éclairées, faisant qu'il est difficile de dépister les problèmes, surtout chez un bébé. Il s'agit de sensibiliser davantage à cette situation et d'améliorer le comportement de consultation des services de santé pour les nourrissons malades au sein de la communauté.

### Relier les soins communautaires et les soins dans les établissements de santé

Les liens sont souvent faibles entre les communautés et les établissements de santé. Il n'existe pas de supervision constructive de la part des établissements de santé dans les communautés, pas plus qu'il n'existe un système d'orientation efficace de l'ASC vers l'établissement de premier niveau. Des bébés gravement malades dépistés au niveau communautaire ou dans l'établissement de premier niveau courent un risque élevé de mourir en l'espace de quelques heures et il devient donc extrêmement urgent de forger et de renforcer les liens entre la communauté et l'établissement de santé. Les établissements de santé et les communautés doivent travailler ensemble pour améliorer la qualité des services de santé et augmenter leur fréquentation. Certains membres communautaires peuvent participer aux composantes non techniques de la supervision.

Souvent, il existe un certain nombre d'organisations différentes qui interviennent au niveau communautaire et généralement, elles travaillent de manière fragmentée. Tous les efforts doivent converger et les approches doivent être harmonisées pour réduire les décès néonataux et infantiles. La communication doit rester ouverte entre les divers intervenants dans la communauté et dans les autres niveaux. Les gouvernements doivent également coordonner les interventions communautaires mises en œuvre par les divers partenaires.

## Étapes pratiques pour renforcer la santé néonatale au sein de la PCIME

- *Revitaliser un groupe national lié à l'équipe spéciale de la PCIME :* Inviter les experts techniques et les parties prenantes à discuter de la nouvelle enveloppe de la PCIME.
- *Adapter les directives revues de la PCIME :* Les directives de la formation portant sur la PCIME doivent être adaptées afin d'inclure le traitement de la maladie pendant la première semaine de la vie, notamment les soins à domicile et les soins supplémentaires des nourrissons avec IPN. Il existe déjà des versions préliminaires du matériel de formation et algorithmes génériques ainsi que du guide d'adaptation dont on pourra s'inspirer.

- *Appliquer les directives revues*

- **Former/recycler les agents de santé** : Les agents de santé qui ont déjà reçu une formation portant sur la PCIME pourront suivre un recyclage afin de se familiariser avec le matériel adapté. Les agents de santé qui n'ont pas encore été formés en PCIME devraient suivre le cours revu entier avec les composantes, tant pour le nourrisson que pour l'enfant plus âgé. Au minimum, 2,5 à 3 jours doivent être consacrés à la formation sur le nourrisson.
- **Inclure les médicaments pour les soins néonataux à la liste des médicaments essentiels** : Les Ministères de la Santé devraient inclure les fournitures et les médicaments essentiels pour les soins néonataux à leur liste de médicaments essentiels.
- **Inclure les pratiques familiales clés aux soins néonataux et stratégies pour augmenter la couverture** : Il faut revoir la liste des pratiques familiales clés adoptées par les pays et inclure des pratiques supplémentaires qui favorisent la survie du nouveau-né. Il faut accélérer les efforts en vue d'encourager ces pratiques dans le cadre des conseils donnés dans les établissements de santé, conseils par les ASC et les pairs et discussions dans les groupements féminins.
- **Améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et renforcer les systèmes d'orientation**
- *Fournir des soins de santé dans les communautés où l'accès est extrêmement limité aux établissements de santé* : Des visites routinières à domicile par les ASC pour apporter des soins postnatals, des soins supplémentaires à domicile pour les nourrissons avec IPN et une gestion communautaire des infections locales et orientation pour maladies graves sont des approches à envisager pour étendre la couverture des interventions dans les zones reculées.
- *Documenter et partager les expériences* : Les pays devraient partager leurs expériences concernant l'amélioration de la santé néonatale par le biais de la PCIME. Il faut encourager l'échange d'information Sud à Sud. Il est hautement prioritaire de faire une recherche pour évaluer les compétences des agents de santé après la formation en PCIME, éprouver l'algorithme pour le dépistage des nouveau-nés avec problèmes lors des visites routinières à domicile et comparer l'efficacité des différentes approches aux interventions à base communautaire.

## Conclusion

La PCIME, qui existe déjà dans pratiquement tous les pays de l'Afrique subsaharienne, présente une possibilité unique d'étendre rapidement les interventions de santé néonatale, surtout le traitement des graves infections. Le renforcement de la composante néonatale de la PCIME, du niveau communautaire à l'établissement de référence en passant par l'établissement de premier niveau aidera très probablement à améliorer la survie du nouveau-né en Afrique. Les étapes clés consistent à adapter les

algorithmes revus de la PCIME, en intégrant notamment les pratiques actuellement manquantes sur les soins néonataux dans la PCIME-C. L'adoption d'une stratégie conjointe de survie de l'enfant de l'OMS/UNICEF/Banque mondiale, mise au point en collaboration avec l'Union africaine, présente un bon cadre de référence pour une plus grande intégration des interventions de santé néonatale dans le cadre des programmes de survie de l'enfant.

L'utilisation de la PCIME pour augmenter la survie néonatale rencontre également plusieurs obstacles. Dans la plupart des situations, la PCIME est appliquée efficacement dans les établissements de santé mais arrivent moins bien à atteindre les enfants dans la communauté, ce qui est particulièrement préjudiciable pour la santé du nouveau-né. Probablement faudra-t-il des stratégies complémentaires telles que les visites à domicile par des agents cliniques ou communautaires. Par ailleurs, l'algorithme de la PCIME recommande le transfert rapide du jeune enfant gravement malade vers un niveau supérieur de soins. Un effort considérable devra être fait pour assurer un transfert dans les meilleurs délais du bébé malade et vérifier que les centres de référence soient en mesure de lui apporter tous les soins nécessaires.

## Actions prioritaires pour renforcer la PCIME et traiter la santé néonatale

- Finaliser les algorithmes mondiaux et le guide d'adaptation à la PCIME
- Revitaliser un groupe national lié à l'équipe spéciale de la PCIME
- Adapter les directives revues de la PCIME pour les nourrissons, notamment la première semaine de la vie
- Appliquer les directives revues
  - *Former/recycler les agents de santé*
  - *Inclure les médicaments pour les soins du nouveau-né à la liste de médicaments essentiels*
  - *Inclure les pratiques familiales clés des soins du nouveau-né et les stratégies d'expansion de la couverture*
  - *Améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et renforcer les systèmes d'orientation*
- Fournir des soins de santé dans les contextes communautaires dans les endroits avec un accès extrêmement limité aux établissements de santé
- Documenter et partager les expériences

## Promotion de la nutrition et de l'allaitement maternel

Victoria Quinn, Agnes Guyon, Luann Martin, Hana Neka-Tebeb, Jose Martines, Charles Sagoe-Moses

La sous-alimentation des enfants est un grave facteur contribuant au décès de 10,5 millions d'enfants dans le monde chaque année. Les effets de la malnutrition se font sentir d'une génération à l'autre. Les filles qui sont mal nourries, surtout celles qui sont encore des enfants lorsqu'elles tombent enceintes, ont souvent des bébés qui sont trop petits et qui risquent donc d'être de souffrir d'une mauvaise santé tout au long du cycle de leur vie jusqu'à l'âge adulte, avec toutes les conséquences que cela suppose également pour les générations à venir. Alors que les avantages de l'allaitement maternel sont reconnus pour les mères et les enfants, les pratiques liées à l'allaitement maternel en Afrique restent suboptimales et sont empêtrées dans l'épidémie actuelle du VIH et la prévention de la transmission mère à enfant du VIH (PTME).

Les besoins en santé et nutrition des nouveau-nés en Afrique et de leurs mères sont étroitement liés et la croissance et le développement optimaux de l'enfant sont des conditions fondamentales des efforts des gouvernements pour accélérer le développement économique. La grossesse et les deux premières années de la vie sont un moment propice pour donner aux enfants un départ sain. La série de survie de l'enfant *The Lancet* 2003 a retenu une enveloppe d'interventions nutritionnelles qui ont fait leurs preuves et qui pourraient éviter jusqu'à 25 % des décès infantiles si elles sont mises en œuvre à grande échelle. L'une d'entre elles, l'allaitement maternel exclusif, pourrait sauver jusqu'à 1,3 million d'enfants dans le monde. Cette intervention essentielle requiert l'initiation précoce de l'allaitement maternel, tout en s'assurant que la mère ne donne que son lait sans aucun autre aliment ou liquide pendant les six premiers mois de la vie. Nous savons que le lait de la mère est le meilleur aliment pour son bébé et que la nutrition des mères est essentielle pour le bien-être des nouveau-nés en Afrique. Nous savons également ce qu'il faut faire pour améliorer la situation, tel qu'indiqué dans la *Stratégie mondiale de l'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant*, et cependant les progrès sont lents. Comment pouvons-nous nous assurer que la majorité des nouveau-nés bénéficient de cette connaissance et que les activités de promotion de la nutrition sont mieux intégrées aux programmes existants ?



## Problème

La sous-alimentation et les carences en micronutriments provenant d'une alimentation insuffisante et d'un apport inadéquat en micronutriments chez les femmes, ainsi que des pratiques d'alimentation inadéquates des nouveau-nés et des nourrissons sont liées à des problèmes de santé tout au long du cycle de la vie. Les conséquences négatives pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) sont récapitulées ci-après :

**Effets sur les mères :** Un grand nombre de femmes en Afrique souffrent de sous-alimentation chronique et de carence en micronutriments. Elles ne prennent pas suffisamment de poids pendant la grossesse. Les conséquences de la malnutrition chez la mère sont nombreuses : risque de décès, maladies et complications pendant la grossesse et l'accouchement, plus grande vulnérabilité à l'infection, niveaux d'activité diminués et productivité plus faible.<sup>1</sup> L'avitaminose A et les carences en fer sont répandues et, d'après les estimations, la moitié de toutes les femmes enceintes en Afrique sont anémiques, bien qu'il soit difficile de mesurer et de comparer puisque les définitions sont différentes et les données insuffisantes.<sup>2</sup> Lorsque l'apport d'aliments énergétiques et autres nutriments n'augmente pas pendant la grossesse, l'allaitement et lors de périodes d'intense activité physique, les réserves de la mère s'épuisent et la laissent affaiblie.

**Effets sur les nouveau-nés :** La malnutrition maternelle augmente le risque de mortalité et de décès néonataux, de retard de croissance intra-utérine, d'insuffisance pondérale à la naissance (IPN), de naissances prématurées et de malformations génitales. Chaque année, plus de quatre millions de bébés avec IPN naissent en Afrique.<sup>3</sup> Ces bébés sont exposés à un risque accru de mourir pendant la période néonatale, sont plus susceptibles d'être des enfants émaciés et de petite taille et courent également un risque plus élevé de mourir. La malnutrition chronique lors de la prime enfance et de la petite enfance est liée à des accomplissements scolaires moins performants.<sup>4,5</sup>

Des pratiques d'alimentation inadéquates lors de la période postnatale augmentent le risque de décès, maladies et malnutrition. Nombreux sont les faits démontrant les avantages de l'allaitement maternel exclusif et pourtant, seul un bébé africain sur trois de moins de six mois est allaité exclusivement. Les causes étant le manque de connaissance des pratiques alimentaires optimales et le manque de soutien de la part des prestataires de soins, des membres communautaires et des familles.<sup>6</sup> Les bébés qui ne sont pas allaités exclusivement pendant les premiers mois de leur vie sont exposés à un risque plus grand de décès, surtout suite aux infections.

**Effets sur les nourrissons et les jeunes enfants :** Les tendances dans la malnutrition infantile nous montrent que la situation en Afrique subsaharienne stagne ou même se détériore, surtout au vu des graves conséquences du VIH/SIDA sur la santé et la nutrition infantile. Selon certaines projections, la prévalence d'enfants d'un poids insuffisant de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne augmentera, passant de 24 millions d'enfants en 1990 à 43 millions en 2015. Dans d'autres régions du monde, on prévoit que le nombre d'enfants d'un poids insuffisant reculera.<sup>7</sup> L'anémie pendant la grossesse amenuise les réserves de fer du nourrisson, augmente le risque d'infection, retarde le développement moteur et diminue le développement cognitif lors de la prime enfance. La prévalence de l'anémie reste élevée chez les enfants de moins de cinq ans et se situe, d'après les estimations, à 60 % en Afrique subsaharienne.<sup>8</sup> L'avitaminose A reste un grave problème. Les nourrissons avec des carences en vitamine A courent un risque accru de retard de croissance et de problèmes oculaires. Ils ont une résistance plus faible aux infections, avec des cas de rougeole plus sévères et des épisodes diarrhéiques plus fréquents et plus graves.

Souvent, les facteurs culturels et sociaux sont à l'origine d'une mauvaise nutrition et de problèmes de santé. Une information incorrecte, glanée auprès de la famille, des voisins et des amis, ainsi que les mythes locaux peuvent conduire à pratiques nutritionnelles qui ne présentent pas tous les avantages requis pour les mères et les nouveau-nés. Par exemple, les femmes risquent d'éviter certains aliments nutritifs jugés tabous pendant la grossesse ou mangeront moins, craignant d'avoir un gros bébé et un travail difficile. D'autre part, les problèmes financiers expliquent également l'insuffisance en aliments énergétiques et nutriments puisque les femmes enceintes devront faire un travail physique ardu qui risque de nuire à la mère et au bébé. Les facteurs culturels et sociaux influencent également les pratiques d'alimentation des nouveau-nés. Souvent le premier lait, le colostrum, n'est pas donné au bébé parce qu'on craint

que ce lait jaune lui donne la jaunisse. Il existe également d'autres pratiques culturelles qui encouragent des comportements sains. Par exemple, dans certaines cultures, une femme peut recevoir des aliments spéciaux et être encouragée à se reposer pendant plusieurs semaines après l'accouchement.

Ce chapitre présente l'enveloppe des pratiques nutritionnelles essentielles consolidant la santé du nouveau-né, en commençant par la santé et la nutrition de la mère, puis en passant aux pratiques recommandées d'allaitement maternel. Nous faisons ensuite une ébauche des possibilités d'intégrer ces pratiques aux programmes existants en voyant quels sont les obstacles qui empêchent des pratiques alimentaires optimales et en énonçant les étapes pratiques de planification qui nous permettront d'avancer plus rapidement.



## Enveloppe de pratiques nutritionnelles

Les mères et les bébés forment une cellule biologique et sociale inséparable et on ne saurait séparer la santé et la nutrition d'un groupe de la santé et de la nutrition de l'autre. Une nutrition optimale pour la survie, la santé et le développement maternels et infantiles doit être encouragée aux grands jalons du cycle de la vie. Les pratiques optimales sont souvent appelées Actions nutritionnelles essentielles.<sup>9</sup> La *Stratégie mondiale de l'Alimentation du Nourrison et du jeune Enfant*<sup>10</sup>, de l'OMS/UNICEF, présente une approche intégrée et complète de pratiques alimentaires améliorées du nourrisson.

Des estimations récentes dans *The Lancet*<sup>11</sup> ont quantifié les coûts nécessaires pour promouvoir l'allaitement maternel et nous montrent que ces coûts sont très faibles. En effet, pour atteindre 99 % des familles avec deux visites à domicile à l'aide de conseillers-pairs, le coût supplémentaire s'élève, d'après les estimations, à 124 millions \$ US pour 75 pays avec une mortalité élevée des moins de cinq ans, dont 40 pays africains. Le montant se traduit par trois cents supplémentaires par habitant dans ces pays. C'est de l'ordre de 90 \$US par vie sauvée - meilleur marché encore que la vaccination contre la rougeole, jugée pourtant une intervention à très faible coût.

### La mère

Certaines pratiques nutritionnelles essentielles destinées à la mère ont un effet positif sur l'état nutritionnel des nouveau-nés :

- Apport suffisant de fer pendant et après la grossesse
- Apport suffisant de vitamine A pendant la période postnatale
- Apport suffisant d'iode

D'autres interventions influencent l'état nutritionnel de la mère, surtout parce qu'elles préviennent l'anémie. Ces interventions indiquées ci-après pourront être envisagées dans certains contextes :

- Traitement de l'ankylostome (avec du mebendazole) lors du second ou du troisième trimestre de la grossesse
- Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse
- Utilisation de moustiquaires imprégnées aux insecticides pendant la grossesse et après la naissance
- PTME du VIH

### Le bébé

Les pratiques nutritionnelles essentielles suivantes sont bénéfiques à la santé et à la nutrition du nouveau-né :

- Démarrage immédiat ou quasi-immédiat de l'allaitement maternel
- Allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie
- Alimentation de bébés dans des circonstances exceptionnellement difficiles, notamment des bébés avec IPN ou des bébés prématurés, ceux dont les mères sont affectées par le VIH, des bébés malades ou souffrant de malnutrition sévère et ceux vivant des situations d'urgence, par exemple, en cas de guerre ou de catastrophe naturelle

### Nutrition maternelle

*Une meilleure nutrition des femmes signifie des mères et des enfants plus sains*

Des années de négligence nutritionnelle perpétuent un cycle de malnutrition et de mauvaise santé qui commence in utero, continue tout au long de l'enfance et de l'adolescence, et se

transmet à la génération suivante avec la naissance d'un bébé mal nourri. L'insuffisance pondérale à la naissance est le résultat d'une naissance prématurée (avant 37 semaines de grossesse), d'un retard de croissance (intra-utérine) ou des deux. Bien des facteurs aux niveaux de la mère, du bébé et de l'environnement physique influencent la durée de la grossesse, la croissance fœtale et, partant, le poids à la naissance et la future santé du bébé.

Un bébé est considéré d'un poids insuffisant s'il pèse moins de 2 500 grammes à la naissance et si la petite taille est due soit à un retard de croissance fœtale, soit à une naissance prématurée (avant 37 semaines de grossesse) ou aux deux. Les mères vivant dans des conditions socioéconomiques difficiles sont plus susceptibles d'avoir des bébés avec IPN. Dans ces contextes, l'IPN vient essentiellement de la sous-alimentation et de la mauvaise santé de la mère, suite à la pauvreté, et elle est responsable de la prévalence élevée d'infections telles que le paludisme ou la syphilis et des complications de la grossesse.<sup>12</sup> Des travaux ménagers éprouvants pendant la grossesse expliquent également un retard de croissance fœtale et augmentent le risque de naissance prématurée.

Lorsqu'elles sont enceintes, toutes les femmes ont besoin de plus de nourriture, d'aliments variés et de suppléments en micronutriments. Les suppléments utilisés le plus couramment sont le fer et l'acide folique. D'autres suppléments en micronutriments pour les femmes enceintes sont en train d'être étudiés pour renforcer les réserves nutritives et augmenter le poids à la naissance. Pendant l'allaitement, les réserves maternelles d'énergie, de protéines et d'autres nutriments doivent être conservées et réalimentées pour que la mère reste en bonne santé et a un lait riche en micronutriments. Contrairement à ce que l'on croit habituellement, pratiquement toutes les mères, à moins qu'elles ne soient gravement mal nourries, peuvent produire une quantité suffisante de lait maternel. C'est la fréquence des tétées et une bonne position au sein qui sont les facteurs qui influencent le plus la production de lait et non pas l'état nutritionnel de la mère. Lorsque la mère qui allaite est sous-alimentée, il sera davantage bénéfique pour elle, et moins cher d'ailleurs, d'améliorer son régime alimentaire que d'exposer le bébé aux risques associés aux produits de remplacement du lait maternel. L'Encadré III.6.1 présente les actions d'amélioration de la nutrition maternelle.



### ENCADRÉ III.6.1 Actions pour améliorer la nutrition pour les femmes enceintes et allaitantes

- Au moins une ration supplémentaire de l'aliment de base par jour pendant la grossesse et l'équivalent d'un repas supplémentaire par jour pendant l'allaitement
- Consommation quotidienne accrue de fruits et de légumes, de produits animaux et d'aliments fortifiés
- Supplémentation en fer/acide folique ou supplémentation avec multiples micronutriments pendant la grossesse et pendant les trois premiers mois du post-partum ; utilisation continue si nécessaire
- Apport adéquat d'iode - n'utiliser que du sel iodé
- Diminution de la charge de travail et plus de repos pendant la grossesse
- Antipaludiques et moustiquaires imprégnées aux insecticides pour prévenir l'anémie dans les régions où le paludisme est endémique
- Bonne hygiène et chaussures pour prévenir l'anémie provenant de l'ankylostome lorsqu'il est endémique et utilisation routinière de vermifuge après le premier trimestre de la grossesse, lorsque la prévalence de l'ankylostome dépasse 20 %
- Apport suffisant de vitamine A lors de la période postnatale et suppléments de vitamine A en dose élevée après l'accouchement, si tel le stipule la politique nationale

Source : Adapté de la référence<sup>1</sup>

#### Allaitement maternel immédiat et exclusif : le lait maternel reste le meilleur aliment du bébé

Après des décennies de recherche sur l'allaitement maternel, les nouveaux résultats viennent encore souligner que le lait maternel est encore meilleur qu'on ne l'avait cru pour sauver les vies et améliorer la santé. En Afrique, la vaste majorité des bébés sont allaités, mais des pratiques suboptimales d'allaitement les exposent à des risques. Bien qu'il s'agisse d'un comportement naturel, l'allaitement est également un comportement acquis. Des conseils devront être donnés à la mère pour lui apprendre à positionner le bébé et à l'allaiter de manière optimale. L'Encadré III.6.2 récapitule les pratiques recommandées d'allaitement du bébé.

#### Allaitement peu après ou immédiatement après la naissance.

Une étude longitudinale au Ghana estime que 22 % des vies de nouveau-nés pourraient être sauvées si l'allaitement était démarré dans l'heure qui suit la naissance.<sup>14</sup> L'allaitement quasi-immédiat est source de chaleur et d'affection entre la mère et le bébé. Il évite également le risque d'hémorragie du post-partum chez la mère. Pendant les premiers jours de la vie, l'allaitement



maternel aide à prévenir un faible taux de sucre dans le sang (hypoglycémie) et une faible température (hypothermie), qui sont des facteurs responsables du décès des nouveau-nés. La plupart des bébés sont capables de trouver le sein et de téter. Le colostrum, lait maternel épais, jaunâtre ou translucide, que le corps produit pendant les premiers jours, apporte au bébé des niveaux élevés d'anticorps, de cellules immunitaires, de vitamine A et d'autres facteurs de protection.

**Allaitement maternel exclusif.** La vie de jusqu'à 1,3 million d'enfants pourrait être sauvée chaque année dans le monde si on ne leur donne aucun autre aliment ou liquide, pas même de l'eau pendant les six premiers mois de la vie.<sup>15,16</sup> Selon une méta-analyse réalisée par l'Equipe d'Etude collaborative de l'OMS pour évaluer l'effet de l'allaitement maternel sur la mortalité imputable aux infections, le risque de décès chez les bébés de moins de deux mois était environ six fois supérieur pour les bébés non allaités que ceux recevant le sein.<sup>17</sup> Edmond et d'autres ont trouvé un risque de mortalité néonatale quatre fois plus élevé chez des bébés allaités partiellement et non pas exclusivement et un risque de mortalité deux fois plus élevé chez les nourrissons recevant d'autres aliments.<sup>14</sup>

L'allaitement maternel exclusif protège les nouveau-nés contre les grandes causes du décès, telles que la septicémie, les infections respiratoires aiguës, la méningite et la diarrhée.<sup>18</sup> L'allaitement maternel exclusif fournit également tous les liquides et nutriments nécessaires pour une croissance et un développement optimaux pendant les six premiers mois. L'allaitement maternel immédiat et exclusif intensifie les liens mère-à-bébé et de bons comportements d'alimentation. Un bon positionnement au sein permet à l'enfant de téter efficacement, d'extraire le lait et stimule une production suffisante de lait. Si l'enfant est mal positionné, il aura du mal à téter, ce qui diminuera son apport en lait et provoquera certains problèmes de sein tels que l'engorgement des seins, les mamelons douloureux et craquelés et la mastite.

#### Les groupes plus vulnérables ont besoin d'un soutien supplémentaire pour l'alimentation

Tous les nouveau-nés sont vulnérables et ont besoin d'aide pour téter correctement. Certains groupes sont encore plus vulnérables et auront besoin d'une assistance, surtout les bébés avec IPN, les bébés dont les mères sont infectées par le VIH et les bébés nés dans de complexes situations d'urgence. En

### ENCADRÉ III.6.2 Le sein, c'est ce qu'il y a de mieux : Pratiques recommandées pour l'allaitement du nouveau-né

- Allaitement immédiat - l'allaitement démarre dans l'heure qui suit la naissance, avec le colostrum et contact constant peau-à-peau
- Allaitement maternel exclusif (pas d'autres aliments ou liquides, pas même de l'eau) pendant six mois
- Bon positionnement au sein et traitement rapide de certains problèmes de sein, tels que l'engorgement, les mamelons craquelés, la mastite et l'abcès au sein
- Tétées fréquentes, jour et nuit (8-12 fois pendant 24 heures et plus souvent, si nécessaire, surtout pendant les premières semaines)
- Continuation de l'allaitement maternel lorsque la mère ou le nouveau-né est malade
- Soutien supplémentaire pour l'alimentation des bébés plus vulnérables, notamment les bébés avec insuffisance pondérale à la naissance ou les bébés prématurés, ceux dont la mère est infectée par le VIH, les bébés malades ou souffrant de grave malnutrition et ceux dans des contextes d'urgence, par exemple, en tant de guerre ou suite à une catastrophe naturelle

Source : Adapté de la référence<sup>13</sup>

Afrique subsaharienne, 14 % des bébés naissent avec une IPN. Les faits sont indéniables : le propre lait de la mère donné à des nourrissons avec IPN, surtout des bébés prématurés, est corrélé à une incidence plus faible des infections et à un meilleur neurodéveloppement, comparé au lait commercial. L'Encadré III.6.3 présente des directives pour l'alimentation des bébés avec IPN. L'OMS recommande que tous les bébés avec IPN reçoivent de la vitamine K par injection pour réduire le risque de maladies hémorragiques.<sup>19</sup> Les bébés d'un petit poids, surtout les bébés nés trop tôt, pourront recevoir des soins grâce à la Méthode de la Mère Kangourou (MMK) ou être mis en contact peau-à-peau avec la mère. La MMK peut être démarrée immédiatement après la naissance. Elle favorise l'allaitement maternel et, partant, augmente le gain de poids.

Les bébés dont les mères sont infectées par le VIH constituent un autre groupe particulièrement vulnérable. Les interventions pour prévenir la transmission du VIH peuvent commencer au moment de la grossesse. Des pratiques d'alimentation plus sûres diminuent également le risque de transmission mère-à-enfant du VIH. Chaque femme a besoin d'une information exacte et non biaisée sur les possibilités d'alimentation du nourrisson et d'une aide pour qu'elle puisse choisir et pratiquer l'option d'alimentation qui convient le mieux dans sa situation. S'il existe une alimentation de remplacement acceptable, faisable, abordable, durable et sans risques, l'on recommande aux mères infectées par le VIH d'éviter l'allaitement (Graphique III.6.1). Sinon, l'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les premiers mois de la vie et devrait être arrêté dès qu'une alimentation de substitution répondant aux normes susmentionnées devient possible. Il est très important de prévenir et de traiter rapidement les problèmes et affections du sein pour réduire le risque de transmission. (Voir Section III chapitre 7)

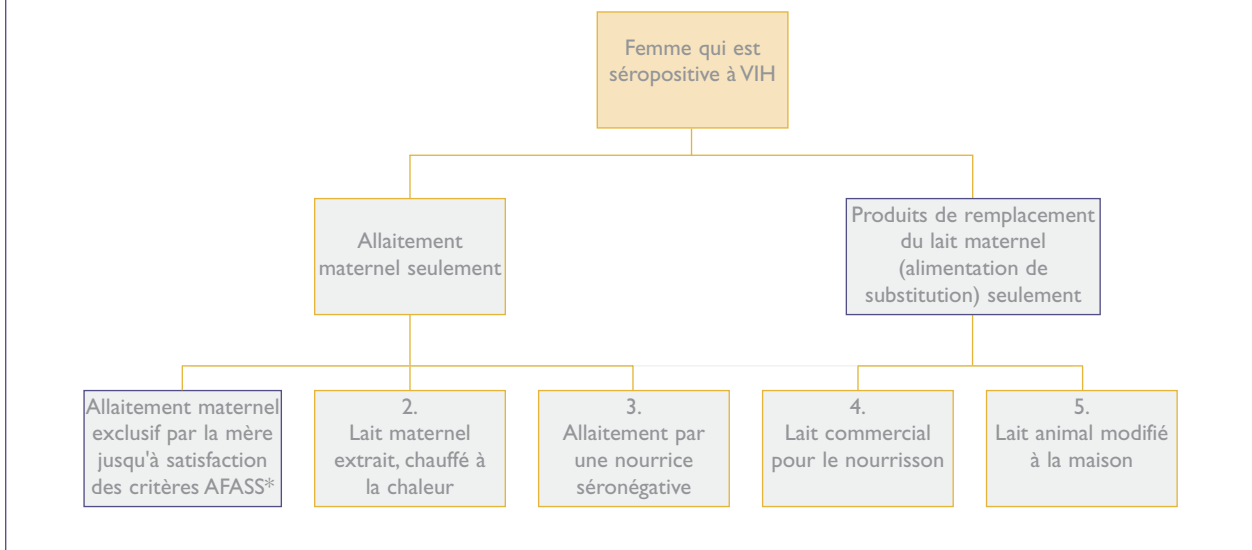
Les bébés sont particulièrement vulnérables dans des situations complexes d'urgence. Les taux de mortalité et de morbidité infantiles peuvent augmenter de 20 fois dans ces situations à cause de niveaux élevés d'exposition aux infections, d'un

### ENCADRÉ III.6.3 Soins et soutien supplémentaires pour nourrir les bébés avec insuffisance pondérale à la naissance (IPN) et les bébés prématurés

- La plupart des bébés avec IPN qui ne sont pas prématurés (nés trop tôt) peuvent être allaités immédiatement après la naissance, mais ils auront besoin de soins et de soutien supplémentaires pour rester au chaud et pour démarrer de bonnes pratiques d'allaitement.
- Des bébés modérément prématurés (nés un ou deux mois trop tôt ou pesant entre 1 500 et 2 000 grammes) peuvent généralement téter mais se fatigueront facilement. Un soutien sera apporté à la mère pour qu'elle commence à extraire le lait maternel dans les six premières heures qui suivent l'accouchement. Lors des premières semaines, lorsque le bébé apprend à allaiter mais ne peut pas encore terminer une tétée, la mère peut mettre le bébé au sein et, une fois qu'il se fatigue, elle pourra lui donner du lait extrait en utilisant une tasse ou une cuillère. La mère peut extraire le lait maternel dans un récipient stérile/propre juste avant que le bébé ne tète. Aussi bien l'extraction que la tétée stimuleront une production continue de lait et la tétée permettra au bébé d'arriver au lait de l'arrière qui est riche en matières grasses. Dans les établissements de santé, il faudra parfois le nourrir à la pipette.
- Des bébés très prématurés (nés plus de deux mois avant terme et pesant souvent moins de 1 500 grammes) ne pourront probablement pas téter suffisamment les premiers jours ou les premières semaines et auront besoin d'une alimentation par tube nasogastrique ou liquides intraveineux. Si c'est possible, on leur administrera des soins dans un établissement de référence.

Sources : Adapté des références<sup>20-22</sup>

**GRAPHIQUE III.6.1 Options d'alimentation du nourrisson pour les femmes séropositives à VIH pendant les six premiers mois**



\* Si l'alimentation de remplacement devient acceptable, faisable, abordable, soutenable et sûre (AFASS) pendant les six premiers mois, la femme séropositive à VIH devrait passer de l'allaitement maternel exclusif à une alimentation de remplacement en évitant un changement abrupt.  
Source : Adapté de la référence<sup>23</sup>

manque d'hygiène et de nourriture et de soins insuffisants. L'allaitement maternel diminue nettement ces risques. Il faut faire attention à ne pas décourager cet allaitement maternel en distribuant des produits de remplacement du lait maternel. Le personnel des secours d'urgence peut soutenir ces bonnes coutumes et aider les mères en leur apportant des conseils pour allaiter les bébés, ainsi qu'un soutien nutritionnel et des soins de santé. Par exemple, des abris d'allaitement peuvent être ouverts et de l'eau potable peut être donnée aux femmes pour répondre à leurs besoins accrus d'hydratation, ainsi qu'une offre suffisante de nourriture de bonne qualité et quantité pour soutenir l'allaitement.

pays à l'autre. C'est souvent le manque de connaissance des avantages des pratiques optimales, la formation insuffisante de l'agent de santé sur les pratiques optimales et le manque d'accès des mères à ceux qui ont reçu une telle formation, en plus des coutumes locales, des pressions commerciales et familiales et de lieux de travail peu favorables qui sont parmi les raisons courantes. Dans tel programme au Ghana, l'on constate qu'un grand nombre de femmes allaitent en courant d'une activité à l'autre. Elles sont surchargées de travail et n'ont pas le temps de le laisser téter assez longtemps pour qu'il parvienne à l'arrière-lait plus riche et quand le bébé a encore faim, la mère est tentée de lui donner d'autres aliments.<sup>24</sup>

### Couverture et tendances actuelles

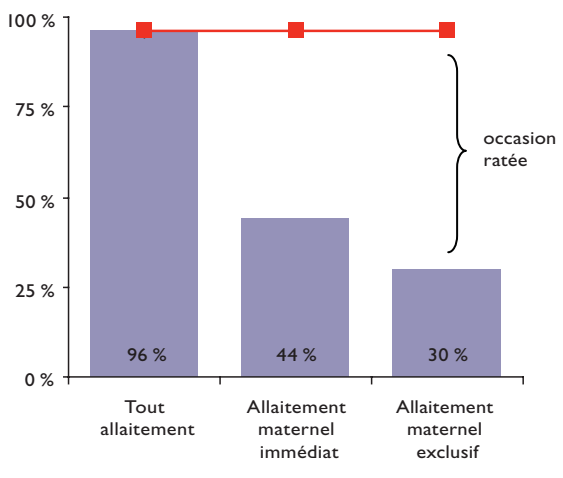
Pratiquement tous les bébés en Afrique sont allaités, mais la majorité d'entre eux ne profitent pas des pratiques optimales de l'allaitement immédiat et exclusif.

**L'allaitement maternel quasi-immédiat**, dans l'heure qui suit la naissance, n'est pas toujours pratiqué. C'est une occasion ratée pour l'allaitement maternel en Afrique. Si 96 % des bébés sont allaités, pourtant seuls 44 % sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, selon les données de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 29 pays africains. La fourchette s'élève de 23 % au Sénégal à 81 % en Namibie.

**L'allaitement maternel exclusif**, c'est-à-dire les nourrissons de moins de six mois qui n'ont reçu que du lait maternel dans les 24 heures qui ont précédé, compte des niveaux encore plus faibles. Moins d'un bébé sur trois en Afrique subsaharienne est allaité exclusivement<sup>6</sup> (Graphique III.6.2). Les taux d'allaitement maternel exclusif dans les pays de l'Afrique centrale et de l'Ouest sont parmi les plus faibles de tous les pays en développement.

Nombreuses sont les raisons des faibles taux d'allaitement maternel exclusif dans le monde et différentes d'ailleurs d'un

**GRAPHIQUE III.6.2 Marge d'amélioration : occasions ratées pour un allaitement précoce et exclusif en Afrique subsaharienne**

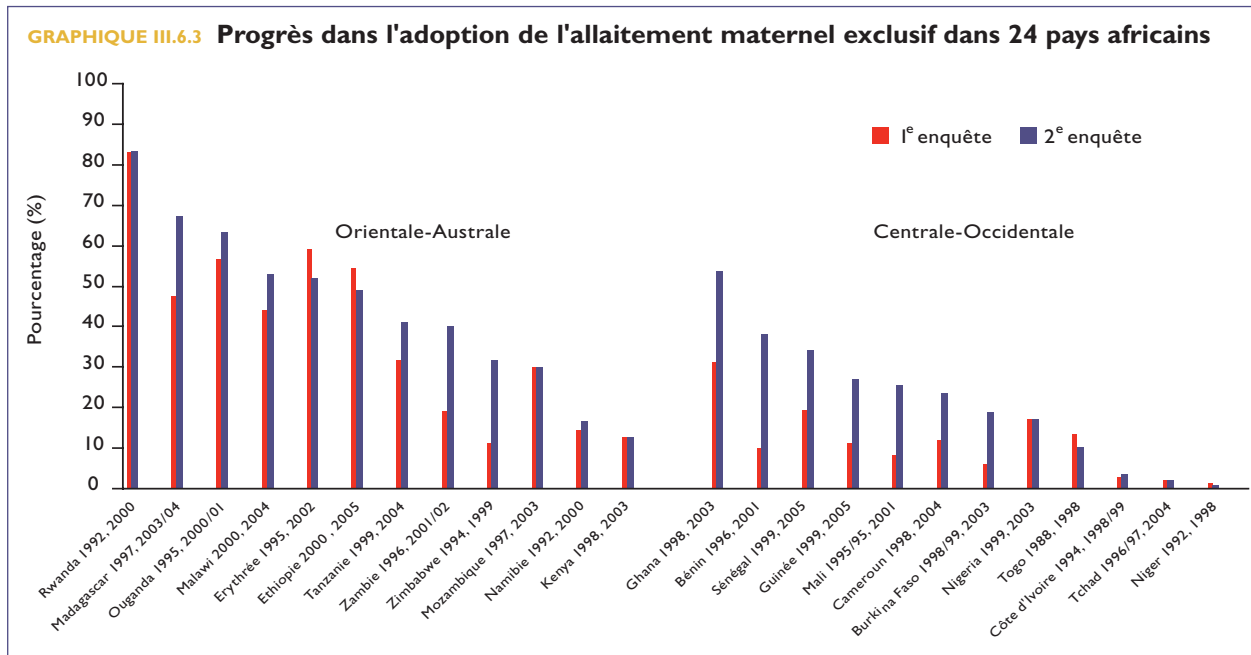


Source : Enquêtes démographiques et de santé, voir notes de données à la page 226 pour de plus amples détails. Voir profils de pays à la Section V pour des données spécifiques aux pays.



Certes, les taux de l'allaitement maternel exclusif restent faibles et, pourtant, un certain nombre de pays ont fait de bons progrès (Graphique III.6.3). Sur une période de cinq à huit

ans, les taux ont avancé de 20 à 40 points de pourcentage au Bénin, au Ghana, à Madagascar, au Mali, en Zambie et au Zimbabwe, selon les données de l'EDS.



Note : Pour les nourrissons de moins de six mois au moment de l'enquête, le pourcentage qui recevait uniquement du lait maternel pendant les 24 heures précédant l'entretien.

Source : Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 24 pays avec deux EDS, voir notes de données à la page 226 pour de plus amples détails

### Possibilités de renforcer et de promouvoir la nutrition dans le cadre des programmes de SMNI

Il existe de bonnes possibilités de recommander à toutes les femmes enceintes des pratiques nutritionnelles essentielles dans le cadre des services de santé et de nutrition et d'autres programmes de SMNI. Ce soutien nutritionnel peut être apporté tout au long de la continuité des soins, dans les services prénatals, les activités de maternité sans risques et de santé de la reproduction, la prise intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et les programmes pour prévenir la transmission mère-à-enfant du VIH. Les possibilités doivent également être exploitées en dehors du secteur de la santé. Par exemple, des messages nutritionnels peuvent être communiqués lors des réunions des groupes de crédit féminin qui apportent 'crédit et éducation' et qui ont permis d'améliorer les comportements liés à l'allaitement maternel et l'effet nutritionnel.<sup>25</sup>

La stratégie générale doit chercher à utiliser au maximum toutes les possibilités pour apporter le *bon* soutien nutritionnel au *bon* moment et au *bon* groupe. Les pratiques optimales liées à l'allaitement maternel pourront être créées et maintenues grâce à une bonne information, à un soutien et à l'acquisition de confiance. Il faudra pour cela des conseillers formés en matière d'allaitement ainsi qu'une approche efficace de communication pour le changement de comportement avec des messages ciblés et concis diffusés souvent et à grande échelle par les bons médias. Il est important d'harmoniser les messages apportés par de multiples canaux, que ce soit pour le décideur, le prestataire de soins de santé, le dirigeant communautaire ou le journaliste de la radio.

Les services routiniers de santé représentent également de bonnes possibilités d'apporter un soutien à l'alimentation optimale du nouveau-né, ainsi que des soins nutritionnels adéquats pour les femmes enceintes et les nouvelles mères.

- *Pendant la grossesse*, il faut conseiller aux femmes de maintenir un apport alimentaire suffisant pour garder un gain sain de son poids et une bonne diversité alimentaire pour améliorer les apports en vitamines et en minéraux. Des conseils lui seront également donnés sur la prévention et le traitement du paludisme et des infections helminthiques pour prévenir l'anémie. Les femmes enceintes sont également informées de la supplémentation en micronutriments, ainsi que de l'allaitement immédiat et exclusif.
- *Pendant le travail*, l'hydratation, ainsi qu'un soutien physique, émotionnel et informationnel continu réduit le recours à des interventions médicales qui risquent d'engourdir le bébé, ne permettant plus de démarrer immédiatement l'allaitement maternel. Un tel soutien donnera confiance à la femme dans sa capacité d'allaiter et de s'occuper de son bébé.
- *Pendant et immédiatement après l'accouchement*, les personnes qui aident la mère doivent lui apporter des conseils et un soutien pour qu'elle pratique un allaitement immédiat et exclusif et doivent également l'aider à positionner correctement le bébé au sein. Plusieurs études montrent que, si on laisse passer un bref laps de temps (30-120 secondes) entre l'accouchement et le moment de clamber ou de nouer le cordon ombilical, on augmente le transfert de sang et de fer au nouveau-né et on réduit ainsi le risque d'anémie lors de la prime enfance.<sup>26</sup> Des directives internationales sur le moment recommandé pour clamber le cordon sont en train d'être revues. Un supplément de vitamine A à haute dose doit également être administré à la mère après l'accouchement, si telle est la politique locale.

- *Tout au long de la période postnatale/néonatale*, les contacts avec les nouvelles mères représentent une bonne possibilité de lui donner des conseils sur un allaitement exclusif et fréquent, d'observer si le bébé est positionné correctement, de résoudre d'autres problèmes et de discuter de toute mesure se rapportant à la nutrition maternelle pendant l'allaitement, surtout le fait de manger davantage chaque jour, de veiller à diversifier l'alimentaire et de continuer, tel qu'indiqué, la supplémentation en micronutriments.

De telles occasions sont souvent ratées pour diverses raisons, notamment le manque de compétences pour apporter le soutien nécessaire, l'absence de protocoles clairs pour les prestataires de services (à savoir, le manque d'aides professionnelles), le manque de produits et de fournitures ou tout simplement un système de santé surchargé de travail, d'où des services qui ne sont plus de la qualité espérée.

*Mozambique* : Une étude faite dans 10 établissements de santé de la province de Manica a essayé de juger si les prestataires de santé utilisaient leurs contacts pour donner des conseils nutritionnels aux mères. Sur les 39 femmes observées lors de consultations postnatales, seules à trois d'entre elles a-t-on demandé si elles allaitaient exclusivement. Là aussi, on a raté une bonne possibilité de discuter de l'allaitement maternel exclusif lors des consultations infantiles.<sup>27</sup>

*Ethiopie* : Si 79 % des femmes enceintes dans une zone urbaine/périurbaine sont venues à au moins une consultation prénatale, 22 % seulement ont pourtant reçu du fer et de l'acide folique, 45 % un dépistage de l'anémie et 33 % des conseils sur l'allaitement maternel exclusif.<sup>28</sup>

### Possibilités qui se présentent dans les établissements de santé

L'Initiative Hôpitaux-Amis-des-Bébés, démarrée en 1991 et soutenue par l'OMS et l'UNICEF, afin de vérifier qu'aucune possibilité n'était ratée de soutenir l'allaitement maternel lors des soins prénatals et postnatales, est une des stratégies pivots de l'alimentation du nourrisson. Une maternité est certifiée « amie-du-bébé » si elle observe les 10 Etapes de l'allaitement maternel réussi, tel qu'indiqué dans l'Encadré III.6.4 et si elle se conforme aux dispositions du *Code international de Marketing des Produits de Remplacement du Lait maternel*.

### Possibilités qui se présentent dans les communautés

Un grand nombre de femmes africaines n'entrent que rarement en contact avec les services de santé. Aussi, devient-il très important de renforcer les activités communautaires pour augmenter un soutien qualifié et ponctuel pour la nutrition maternel et l'allaitement au sein. Entrent dans ces activités communautaires, l'éducation et le soutien des accoucheurs qualifiés, la mobilisation communautaire, les médias traditionnels et les mass médias ainsi que les visites à domicile.

- **Groupes communautaires existants.** Les groupes de soutien mère-à-mère, les clubs de mères et les groupes sociaux, religieux et de crédit peuvent être mobilisés pour apporter l'information et le soutien pour l'allaitement maternel. En Gambie, 12 communautés ont choisi cinq femmes et deux hommes dans chaque communauté qui ont ensuite été formés et certifiés comme Groupes de Soutien villageois pour l'alimentation du nourrisson. Ces groupes ont apporté une information par le biais de visites à domicile, réunions dans les villages, cérémonies, chansons et danses. L'allaitement immédiat et exclusif a ensuite été adopté par presque tout le monde. De plus, les communautés ont construit des cases

## ENCADRÉ III.6.4 Hôpital ami-du-bébé

Pour que l'établissement ou l'hôpital devienne ami-du-bébé, il doit satisfaire aux dix étapes suivantes pour l'allaitement maternel réussi :

1. Avoir une politique par écrit sur l'allaitement maternel qui est régulièrement communiquée à tout le personnel de soins de santé
2. Former tout le personnel soignant pour qu'il sache exécuter cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes sur les avantages de l'allaitement maternel
4. Aider les mères à démarrer l'allaitement maternel dans la demi-heure qui suit la naissance
5. Montrer aux mères comment elles doivent allaiter et maintenir la lactation, même si elles sont séparées de leur bébé
6. Ne donner au bébé aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, à moins que ce ne soit indiqué médicalement
7. Mettre dans la même pièce la mère et le bébé pour qu'ils restent ensemble 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement maternel sur demande
9. Ne donner aucune tétine artificielle aux bébés qui sont allaités
10. Encourager la création de groupes de soutien à l'allaitement maternel et orienter la mère vers ces groupes lorsqu'elle quitte l'hôpital ou le centre de santé

Source : Adapté de la référence<sup>29</sup>



près des champs pour permettre aux mères qui cultivent les terres d'allaiter leur bébé lorsqu'elles sont au travail.<sup>30</sup>

- **Mobilisation communautaire.** Chansons, sketches, histoires, démonstrations de marionnettes, foires de santé, Semaine mondiale de l'Allaitement maternel et festivals communautaires sont autant d'exemples d'événements de mobilisation communautaire qui encouragent l'allaitement maternel et de meilleures pratiques nutritionnelles pour les femmes enceintes et celles qui allaitent. Ce sont des formules de divertissement qui permettent de partager une information tout en engageant les représentants officiels, les volontaires de la santé et les familles.
- Chansons, sketches, histoires, démonstrations de marionnettes, foires de santé, Semaine mondiale de l'Allaitement maternel et festivals communautaires sont autant d'exemples d'événements de mobilisation communautaire qui encouragent l'allaitement maternel et de meilleures pratiques nutritionnelles pour les femmes enceintes et celles qui allaitent. Ce sont des formules de divertissement qui permettent de partager une information tout en engageant les représentants officiels, les volontaires de la santé et les familles.
- **Visites à domicile par des conseillers pairs et des agents de santé communautaires.** Les visites à domicile lors des premiers jours et des premières semaines augmentent les chances de réussite de l'allaitement maternel. Pendant ces premiers jours, ce sont les doutes et certains problèmes, tels que l'engorgement des seins (qui se présente souvent trois à cinq jours après la naissance), qui risquent de décourager la mère. Une personne qui vient rendre visite à domicile peut rassurer la mère et l'aider à renforcer les bonnes pratiques d'allaitement. Plusieurs études se sont penchées sur l'effet des conseillers pairs sur l'allaitement maternel exclusif.<sup>31</sup> En général, les mères qui reçoivent des visites plus fréquentes sont plus susceptibles d'adopter des pratiques optimales que celles qui reçoivent moins de visites ou aucune visite.<sup>32</sup>

## Défis

La *Stratégie mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant* retient plusieurs défis entravant les pratiques d'alimentation optimale pour les nouveau-nés. Il faudra relever ces défis pour améliorer les taux d'allaitement.

### Renforcer les services de soutien nutritionnel dans les systèmes de santé

**Sensibilisation des décideurs à tous les niveaux.** Les décideurs pensent, « Presque toutes les femmes allaitent, alors où réside le problème ? » Et pourtant, les décideurs et les responsables de programme doivent comprendre les coûts sociaux, humains et économiques des pratiques d'allaitement suboptimales, sinon des politiques non favorables mènent à un sous-investissement de programmes qui protègent et encouragent l'allaitement maternel optimal. Les agents de santé, les organisations volontaires, les dirigeants communautaires et les membres familiaux doivent également reconnaître et faire connaître l'importance de meilleures pratiques de nutrition des femmes et d'allaitement maternel.

**Soutien pour les prestataires de santé.** La plupart des femmes signalent que ce sont les prestataires de soins de santé qui sont leur principale source d'information sur l'alimentation infantile. Aussi, ces derniers doivent-ils être formés et équipés

pour soutenir la nutrition maternelle et l'allaitement maternel et pour donner des soins de qualité à domicile et dans l'établissement de santé. Trop souvent, ce n'est pas le cas : les thèmes pertinents ne sont pas suffisamment couverts dans l'éducation avant l'emploi. Les prestataires doivent être compétents en matière de lactation, avoir de bonnes aptitudes aux conseils sur l'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson, tout particulièrement dans le contexte du VIH, pour qu'ils puissent donner des conseils utiles aux mères concernant l'allaitement maternel. Les principes de l'Initiative Hôpitaux-Amis-des-Bébés devraient être la pratique clinique reconnue et devraient faire partie de l'éducation avant l'emploi et de l'éducation en cours d'emploi. Le programme des prestataires de soins de santé doit être à jour du point de vue technique dans le domaine de la nutrition et doit apporter une formation sur les compétences aux conseils et à la négociation. Certains pays dont l'Éthiopie, le Ghana et Madagascar ont comblé ces lacunes en renforçant le programme de formation avant l'emploi dans les grands établissements d'enseignement médical et paramédical en fonction des pratiques nutritionnelles essentielles.

### Nombre et qualité d'hôpitaux et d'établissements de santé amis-des-bébés.

La rotation du personnel, le manque de ressources pour un recyclage, d'autres problèmes de santé et la confusion et les préoccupations qui entourent le VIH sont responsables de la réduction des pratiques amies-des-bébés dans bien des établissements qui avaient été accrédités comme amis-des-bébés. Le problème consiste à maintenir la qualité des soins dans les hôpitaux amis-des-bébés et à étendre à plus grande échelle l'initiative pour que les activités aillent au-delà de la période postnatale immédiate et apportent un soutien en matière d'allaitement maternel à domicile et dans la communauté.

### Formation spéciale pour l'alimentation de bébés très vulnérables, à l'intention des prestataires de soins de santé.

Des bébés de petite taille, surtout les bébés prématurés, auront besoin d'un soutien supplémentaire pour permettre l'allaitement. Les directives actuelles sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, ainsi que les stages de formation et le matériel d'éducation (voir ressources de programme à la fin de cette section) doivent être offerts aux décideurs, responsables, superviseurs et agents de santé mettant en œuvre ces programmes dans des pays africains.

### Arriver aux groupes difficiles à atteindre

**Mères pour la première fois et adolescentes.** Environ la moitié des femmes africaines tombent enceintes avant l'âge de 19 ans. Ces mères sont exposées à un risque plus élevé d'avoir un bébé prématuré et un bébé avec IPN ; aussi ont-elles besoin d'un soutien supplémentaire pour démarrer et maintenir de bonnes pratiques d'allaitement et gérer des situations spéciales d'alimentation. L'adoption immédiate de bonnes pratiques d'alimentation et de bons soins exerce une influence positive par la suite. Ce groupe a également besoin d'un soutien pratique et émotionnel pour protéger sa propre nutrition et santé, y compris dans le domaine de la planification familiale.

**Femmes qui accouchent à domicile.** Presque 60 % des femmes en Afrique subsaharienne n'accouchent pas avec l'assistance d'un prestataire qualifié.<sup>6</sup> Une évaluation des soins et de la prise en charge des nouveau-nés dans 14 établissements de santé en Afrique constate qu'environ 80 % des femmes se sont rendues au moins une fois aux consultations prénatales, mais seules

30 % sont revenues à l'établissement pour l'accouchement.<sup>33</sup> Cela fait ressortir l'importance de services et programmes communautaires pour encourager un allaitement maternel immédiat et exclusif et maintenir de bonnes pratiques d'alimentation à domicile.

**Mères et bébés vivant dans des circonstances difficiles.** Les femmes et les bébés dans des contextes de réfugiés et autres situations d'urgence sont tout particulièrement vulnérables aux infections et maladies et pourtant, ils ont moins accès au soutien pour l'allaitement et la nutrition.

### ENCADRÉ III.6.5 Lever les barrières entravant le démarrage immédiat de l'allaitement maternel

Le Service de Santé du Ghana et le Projet LINKAGES financé par l'USAID collaborent avec un réseau de partenaires gouvernementaux, internationaux, non gouvernementaux et institutionnels dans le but d'améliorer la nutrition du bébé et du jeune enfant au Nord du Ghana. Dans ce pays, il est de coutume de donner de l'eau au bébé au moment de la naissance et l'allaitement non exclusif est très répandu. Les messages ont été formulés de sorte à attirer différents publics (femmes enceintes, mères d'enfants de moins de deux ans, pères et grands-mères) :

- Mères, mettez votre bébé immédiatement au sein après la naissance pour un départ sain pour vous-même et votre enfant. Cela diminuera les saignements et protégera votre enfant contre l'infection. Le lait jaune, c'est la manière dont Dieu souhaite la bienvenue dans ce monde à votre enfant.
- Pères, un père avisé encourage l'allaitement maternel exclusif pour que son bébé devienne fort, intelligent et reste en bonne santé.
- Grands-mères, le lait maternel contient tout ce dont votre petit-enfant a besoin et il satisfait à sa faim et à sa soif.

Le projet, qui a atteint 3,5 millions de personnes, a également mis au point un ensemble de cartes de conseils qui seront utilisées avec les femmes enceintes et les mères et un autre jeu de cartes destiné aux grands-mères et aux accoucheuses traditionnelles. Les messages pour les pères étaient mis sur des affiches, des tee-shirts et des calendriers. Les prestataires de soins de santé et les membres des clubs féminins ont été formés à communiquer les messages clés à ces divers publics. De nettes améliorations ont été notées, de 2000 à 2003, en ce qui concerne le démarrage immédiat de l'allaitement maternel, passant de 32 % à 40 %, et également pour l'allaitement maternel exclusif, de 68 % à 79 %.

Source : Adapté de la référence<sup>34</sup>

**Relier les établissements de santé aux communautés.** La dixième Etape de l'Initiative Hôpitaux Amis-des-Bébés - couverture communautaire - est la moins développée de ces Dix Etapes (voir Encadré III.6.4). Peu de pays appliquent ce volet d'importance critique et le mécanisme d'orientation entre la communauté et l'établissement de santé est souvent faible.

#### Surmonter les obstacles familiaux et communautaires

Dans bien des communautés, le colostrum est jugé « sale » et les mères le jettent pour donner à leurs bébés des aliments pré-lactés tels que le beurre, le sucre, l'eau et les tisanes. Lorsqu'elles commencent à allaiter, elles continuent à donner au bébé des liquides tels que les tisanes, de l'eau sucrée et du jus, ne réalisant pas que le lait maternel est composé de 88 % d'eau et répond aux besoins hydriques du bébé, même dans des climats chauds.

La recherche qualitative peut mettre à jour les raisons expliquant ces pratiques sub-optimales de nutrition et d'alimentation du nourrisson. La connaissance des facteurs favorisant une bonne nutrition ainsi que des obstacles l'entravant devrait guider la formulation de messages et de stratégies pour tout programme qui cherche à atteindre des publics spécifiques, tel que le montre l'Encadré III.6.5.

### Etapes pratiques pour renforcer et intégrer les actions nutritionnelles essentielles dans le cadre des programmes de SMNI

La *Stratégie mondiale de l'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant* propose diverses mesures pour protéger, promouvoir et soutenir des pratiques alimentaires adéquates. D'autres documents, tels que *HIV and Infant Feeding Framework for Priority Action* et le *Code international de Marketing des Produits de Remplacement du Lait maternel* présentent des politiques importantes concernant l'alimentation du nourrisson.

#### Etapes de planification

Le *Planning Guide for National Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* de l'OMS/UNICEF propose la planification suivante en six étapes pour formuler une stratégie spécifique au pays :

1. Identifier et orienter les principales parties concernées et se préparer à la mise au point d'une stratégie complète
2. Evaluer et analyser la situation locale
3. Définir les objectifs nationaux préliminaires
4. Cerner et classer les mesures à prendre
5. Formuler une stratégie nationale
6. Formuler un plan d'action national
7. Exécuter et suivre le plan

La *Stratégie mondiale de l'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant* est appliquée dans plus de 20 pays de la région africaine par des gouvernements collaborant avec divers partenaires. L'enseignement retenu de ces programmes d'envergure qui ont amélioré les pratiques nutritionnelles générales peuvent inspirer la mise en œuvre des divers programmes. En voici certaines étapes importantes :

**Examiner la politique nutritionnelle existante et, le cas échéant, la renforcer.** Les directives internationales sur les mesures nutritionnelles à l'intention des femmes et des jeunes enfants serviront de fondement technique pour la planification,



la mise en œuvre et l'expansion des programmes visant à améliorer la nutrition des femmes et des jeunes enfants, notamment des nouveau-nés.

**Forger et renforcer les partenariats.** Un réseau de partenaires avec des dirigeants gouvernementaux, des ONG, des partenaires privés, des universités, des organismes de développement et des personnalités des médias imprimés et de la radio aideront à accélérer l'expansion et feront passer les messages essentiels auprès d'un vaste public.

**Appliquer une stratégie de changement comportemental à tous les niveaux.** Des messages harmonisés entre les programmes et des indicateurs uniformes déterminent un but commun et un cadre de référence partagé. Il faut faire appel à des canaux de communication efficaces dont les mass media et aux activités de mobilisation communautaire pour bombarder les mères et les communautés avec quelques messages nutritionnels clés.

**Profiter des multiples occasions programmatiques et points de contact.** Les programmes qui existent à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé présentent bien des possibilités pour arriver aux femmes enceintes et allaitantes et aux nouveau-nés. Des programmes tels que ceux de la vaccination, de la prise en charge intégrée communautaire des maladies de l'enfance (PCIME-C), de développement de la prime enfance, de planification familiale et de prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement devraient rassembler les pratiques et conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et regrouper la supervision et la formation connexes des agents de santé. (Voir Section III chapitres 5 et 9)

**Renforcer la capacité des prestataires de services.** Ils ont besoin d'une formation portant sur les aptitudes à la communication interpersonnelle pour conseiller les femmes sur les questions de nutrition et d'alimentation du nourrisson. Les programmes existants peuvent offrir des ateliers sur les compétences de communication et de la nutrition. Il existe à cet effet diverses approches et divers outils pédagogiques. (Voir ressources de programme à la fin de la Section III.)

**Améliorer le soutien logistique pour la prestation de services.** Les fournitures doivent être disponibles et accessibles pour l'adoption de certaines de ces pratiques nutritionnelles recommandées. Il s'agit notamment des suppléments de fer/acide folique, de gélules de vitamine A, d'antihelminthiques, d'antipaludiques, de moustiquaires imprégnées aux insecticides et de matériel de communication. La Section IV discute des systèmes d'approvisionnement qu'il faut intégrer aux programmes de SMNI.

**Suivre et évaluer les indicateurs clés pour une meilleure prise de décisions.** Une fois que sont choisis les indicateurs clés et que les liens sont forgés, il est très important d'assurer le suivi et l'évaluation de la nutrition et autres résultats de la SMNI. Ces indicateurs doivent être portés aux mécanismes de surveillance et structures de notification.

A Madagascar, une approche nationale a été adoptée utilisant ces étapes pour étendre à plus grande échelle les actions nutritionnelles essentielles, mesure qui a abouti à un changement notable. (Encadré III.6.6).

### ENCADRÉ III.6.6 Expansion des actions nutritionnelles essentielles à Madagascar

En 1997, une coalition de nutrition intersectorielle a été créée à Madagascar. Le Groupe d'Actions Inter-Sectoriel en Nutrition (GAIN), sous l'égide de la Division de la Nutrition du Ministère de la Santé, a été créé et a obtenu un soutien de l'USAID, de l'UNICEF et de la Banque mondiale. GAIN a recruté dans ses rangs plus de 75 représentants de 50 organisations, dont des ministères gouvernementaux (santé, finances, éducation, agriculture, commerce, population) et sont les suivants :

- **Vision** - Une vision partagée pour étendre à plus grande échelle ces actions nutritionnelles a animé dès le début les membres de GAIN
- **Couverture étendue** - De nombreux partenaires, surtout les grands programmes sur le terrain avec une vaste portée (projet bilatéral de l'USAID, programme de zone soutenue par l'UNICEF et projet Secaline de la Banque mondiale) y ont participé. De multiples programmes ont présenté des points d'entrée
- **Spécificité** - La priorité initiale était accordée aux pratiques optimales de l'allaitement maternel, mais dans le contexte général des actions nutritionnelles essentielles
- **Harmonisation** - Les partenaires sont arrivés à un consensus de sorte à ce que « tout le monde mette ses horloges à la même heure »
- **Soutien à tous les niveaux** - Un soutien a été donné aux groupes au niveau national (élaboration de politiques et protocoles et programmes de formation avant l'emploi), aux niveaux régional/district (Initiative de l'hôpital ami-du-bébé, renforcement des capacités du personnel de santé) et au niveau communautaire (formation des prestataires de soins de santé primaires, personnel des ONG et membres communautaires)
- **Formation à court terme axée sur les compétences** - Les modules de formation à court terme axée sur les compétences portaient sur les conseils et



les compétences de négociation pouvant être intégrées aisément dans les programmes de survie de l'enfant, santé de la reproduction et nutrition

- **Changement comportemental** - Une stratégie de changement comportemental a été utilisée à tous les niveaux, ciblant notamment les mères pour l'adoption des pratiques nutritionnelles optimales axées sur de petites actions réalistes dont on sait qu'elles feront une différence. Les messages clés ont également été renforcés par des chansons et des sketches diffusés à la radio et à la télévision, par des cassettes remises aux chauffeurs d'autobus et de taxi et ils ont été publiés dans les journaux (journaux et bulletins de village)
- **Volontaires communautaires** - Une formation a été donnée aux membres des groupements féminins pour qu'elles puissent être des volontaires communautaires de la nutrition soutenant les agents de santé travaillant dans les établissements de soins de santé primaires
- **Suivi et évaluation** - Des indicateurs clés et des résultats ont été collectés annuellement et partagés avec tous les partenaires

Cette approche a été mise en œuvre dans les divers sites de programme, couvrant 6,3 millions de personnes sur une population totale de 19 millions. Sur une période de quatre ans, le démarrage immédiat de l'allaitement maternel a augmenté dans les régions du programme, passant de 34 % à 78 % et l'allaitement maternel exclusif est passé de 46 % à 68 %. Au niveau national, de 1997 à 2003, le démarrage immédiat de l'allaitement maternel est passé de 34 % à 62 %, et l'allaitement maternel exclusif a augmenté de 47 % à 67 %, tel que mesuré par l'enquête démographique et de santé de Madagascar.

Source : Adapté de la référence<sup>35</sup>

## Conclusion

L'allaitement maternel et autres actions nutritionnelles renforcent la santé tout au long du cycle de la vie. Les nouveau-nés survivent, les enfants grandissent bien et des femmes bien nourries ont des grossesses saines et des vies plus productives. Le coût pour encourager l'allaitement maternel avec deux visites à domicile est certes abordable dans les pays à mortalité élevée.<sup>11</sup> A nous de saisir chaque occasion de promotion nutritionnelle dans les programmes existants et de travailler main dans la main, d'harmoniser les approches d'expansion sur le terrain et de prendre en charge la santé du nouveau-né tout au long de la continuité de la santé de la femme, des soins néonataux et de la survie, de la croissance et du développement de l'enfant.



## Actions prioritaires pour renforcer les actions nutritionnelles

- Revoir la politique nutritionnelle dans le contexte de la *Stratégie mondiale de l'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant* et, le cas échéant, renforcer les politiques et appliquer les cadres juridiques tels que le *Code international de Marketing des Produits de Remplacement du Lait maternel*.
- Forger et renforcer les partenariats et harmoniser les messages
- Appliquer une stratégie de changement comportemental à tous les niveaux : ménage, communauté, établissement de santé, district et national
- Utiliser les possibilités que présentent de multiples programmes pour étendre la couverture aux femmes enceintes et à celles qui allaitent ainsi qu'aux nouveau-nés.
  - Renforcer la capacité par le biais de brefs ateliers axés sur la compétence et renforcer l'éducation avant l'emploi
  - Améliorer le soutien logistique pour la prestation de services, surtout la disponibilité en suppléments de micronutriments
- Améliorer la collecte de données étayant la prise de décisions

## Programmes de prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH/SIDA

Lily Kak, Inam Chitsike, Chewe Luo, Nigel Rollins

Chaque année, la transmission mère-à-enfant (TME) est responsable de plus de la moitié d'un million de nouveau-nés infectés par le VIH en Afrique subsaharienne. De toutes les crises de santé dans la région africaine, c'est le VIH/SIDA qui a obtenu le plus de soutien politique et de ressources. Les programmes de prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH comprennent les conseils et le dépistage prénatals du VIH, la prévention d'une grossesse non souhaitée, le traitement antirétroviral (TAR) pour les mères et les nouveau-nés et un soutien pour des options et pratiques plus sûres pour l'alimentation du nouveau-né. Et pourtant, malgré les efforts faits pour étendre ces soins à plus grande échelle, moins de 10 % des femmes enceintes en Afrique infectées par le VIH bénéficient d'interventions en vue de réduire la TME.<sup>1</sup> Même dans les contextes où existe une prophylaxie efficace pour prévenir la transmission pendant la grossesse et l'accouchement, il subsiste encore de grandes lacunes dans la prestation de services lors de la période postnatale. Peu de programmes de PTME ont réussi à atteindre les femmes et les nouveau-nés une fois qu'ils sont rentrés chez eux pour les guider dans leur choix parmi les diverses possibilités d'alimentation du bébé ou leur apporter des soins et des traitements continus.

La plupart des interventions de PTME visent à dépister les mères séropositives à VIH et à prévenir l'infection à VIH chez les nourrissons. Lors de la même période, les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) cherchent à garantir la survie des enfants face aux causes « traditionnelles » du décès, surtout lors de la période néonatale à hauts risques. Le risque de décès chez le nouveau-né en Afrique est élevé et un grand nombre de ces décès pourraient être évités à l'aide de simples mesures prises lors de la période postnatale, période également importante pour le suivi de la PTME. Le but d'une survie néonatale exempte de VIH montre plus que jamais l'immense avantage d'intégrer la PTME et la SMNI. De fait, l'investissement dans la PTME sera protégé en vérifiant que de simples interventions sont fournies par le biais des services de SMNI. Le défi est d'arriver à intégrer, dans la réalité, les programmes de PTME et de SMNI.



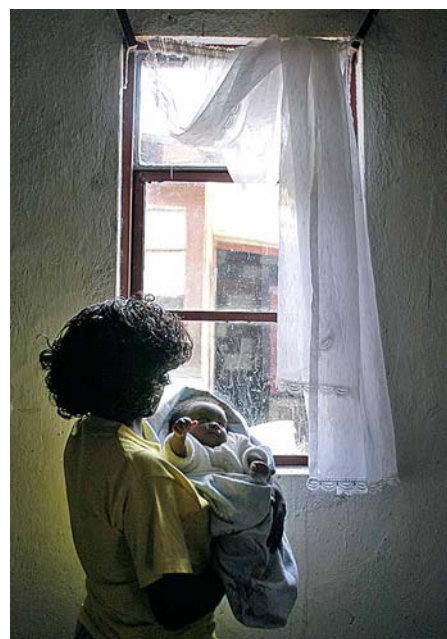
## Problème

La crise du VIH en Afrique fait la manchette des journaux. Même dans des pays où les dirigeants sont ambivalents quant au traitement des adultes, l'engagement est sans équivoque face à la PTME du VIH. En Afrique, les taux d'infection du VIH chez les femmes enceintes s'élèvent de 15 % à 40 % dans les pays où la prévalence du VIH est la plus élevée et où les femmes en âge de procréer représentent plus de 55 % des adultes infectés par le VIH.<sup>1</sup> Ce lourd fardeau est porté par les femmes et les bébés, ainsi que par les familles, la société et le système de santé :

**Effets sur les femmes :** Le VIH est devenu la principale cause de décès chez les femmes dans certains contextes africains. Les femmes enceintes affectées par le VIH courent un risque accru de complications lors de l'intra-partum et du post-partum. De nouvelles informations nous montrent que les femmes infectées par le VIH sont plus susceptibles d'avoir des infections lors du post-partum et souvent, ont des taux plus élevés de complications lors du post-partum que celles non infectées, que leur bébé soit né par voie basse ou par césarienne.<sup>2</sup> Dans certains pays de l'Afrique australe, la mortalité maternelle imputable aux infections opportunistes est une des grandes causes du décès maternel. Une étude couvrant 50 ans de décès maternels en Afrique du Sud constate que l'accroissement récent de la mortalité maternelle est imputable essentiellement à l'accroissement des infections associées au VIH/SIDA et non pas aux infections liées à la grossesse. Aussi, le VIH/SIDA devient-il la cause la plus fréquente du décès maternel (18 %) dans ce contexte.<sup>3</sup> En Zambie, le taux de mortalité maternelle dans le CHU de Lusaka était de 921 pour 100 000 naissances vivantes en 1997, un net accroissement des 160 notés en 1974 et des 667 en 1989. Lors de la même période, les causes de décès maternel changeaient puisque diminuaient les décès dus à des causes directes (94 % à 42 %) et augmentaient les décès dus à des infections opportunistes (6 % à 57 %).<sup>4</sup> En plus du risque accru d'infection, le VIH augmente également la susceptibilité à d'autres problèmes de santé. Les femmes qui vivent dans des régions pauvres sont davantage exposées à la malnutrition si elles sont séropositives à VIH.

**Effets sur les nouveau-nés :** Le VIH/SIDA n'est pas une des grandes causes directes du décès néonatal, mais le statut VIH de la mère se répercute sur la survie du nouveau-né puisqu'il augmente le risque de mortinatalité et de décès lors de la période néonatale et lors de la prime enfance, même chez les bébés qui ne deviendront pas séropositifs à VIH.<sup>5</sup> Les bébés de mères séropositives à VIH sont plus susceptibles d'avoir une grave insuffisance pondérale à la naissance (IPN), d'être très prématurés et auront de faibles scores Apgar, autant de facteurs qui les exposent à un plus grand risque de mourir.<sup>6,7</sup> Si les bébés dont les mères séropositives à VIH sont susceptibles de contracter l'infection, par contre les femmes qui contractent l'infection lors de la grossesse ou lorsqu'elles allaitent sont exposées à un risque très élevé de transmettre l'infection à leur nouveau-né.<sup>8-10</sup> L'interaction du VIH avec d'autres infections et les effets indirects du VIH, tels que la pauvreté et la maladie maternelle, sont également à l'origine de conséquences négatives pour les nouveau-nés. De plus, l'information sur les choix d'alimentation des femmes infectées par le VIH, combinée à la distribution de lait commercial dans les communautés pauvres, a fait reculer la pratique de l'allaitement général et se répercute sur les comportements d'allaitement chez les mères non infectées.<sup>11,12</sup>

**Effets sur les enfants :** Dans de nombreux pays africains, le SIDA est une grande cause de mortalité et de morbidité après le premier mois de la vie. Les enfants infectés par le VIH courent un risque nettement plus élevé de mourir de *pneumocystis jiroveci pneumonia* (PCP) et de complications liées au VIH, telles que le retard de croissance. D'après les estimations, le SIDA était responsable de 6 % des décès des moins de cinq ans en Afrique subsaharienne en 2000.<sup>13,14</sup> Et pourtant, dans six pays de l'Afrique australe, notamment ceux qui avaient réussi, avant l'épidémie du SIDA, à faire reculer la mortalité infantile imputable à d'autres causes, le SIDA représente à présent la cause de plus d'un tiers de tous les décès des moins de cinq ans : Botswana (54 %) ; Lesotho (56 %) ; Afrique du Sud (57 %) ; Namibie (53 %) ; Swaziland (47 %) et Zimbabwe (41 %).<sup>1</sup> Si aucune intervention n'est disponible pour prévenir la transmission, tel que c'est le cas pour la plupart des mères africaines, environ un tiers de tous les bébés dont les mères sont séropositives à VIH contracteront l'infection. Contraste frappant avec les pays à revenus élevés où les taux de transmission sont inférieurs à 2 % et où le VIH pédiatrique a été quasiment éliminé.<sup>15</sup>



**Effets sur les familles et la société :** Le VIH compte de nombreux effets indirects. Les familles où les parents sont atteints de SIDA vivent souvent dans la pauvreté à cause du manque de travail et de frais médicaux élevés. Aussi, même lorsque les enfants échappent à l'infection du VIH, les soins à domicile et l'obtention de services de santé sont souvent limités. Lorsqu'une mère infectée évolue au dernier stade du SIDA, ses enfants sont 3,5 fois plus susceptibles de mourir, quel que soit leur statut d'infection et plus de quatre fois susceptibles de mourir lorsque la mère elle-même décède.<sup>16</sup> La perte des parents est une tragédie pour les familles et un frein à l'évolution de la société. L'épidémie a déjà laissé dans son sillon 12 millions d'orphelins sur le continent ; 9 % de tous les enfants auront perdu au moins l'un de leurs parents à cause du SIDA et un ménage sur six avec des enfants ont également accueilli des orphelins.<sup>1</sup>

**Effets sur le système de santé :** L'effet de l'épidémie du VIH sur le secteur de la santé entraîne de graves conséquences pour tous. Ces systèmes de santé gravement compromis ainsi que les décès des prestataires de soins de santé infectés marquent tous les aspects de la prestation de soins de santé et les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables. Prenons l'exemple du Malawi où 15 des 27 districts comptent moins de deux infirmiers par établissement, problème encore aggravé par le VIH/SIDA.<sup>17</sup> Seuls quelques pays africains, notamment le Swaziland et la Zambie, comptent des programmes pour conseiller, soutenir et traiter les agents de santé exposés au VIH.

Il est particulièrement important de dépister rapidement les nouveau-nés exposés au VIH et les enfants infectés puisqu'ils courent un risque accru de contracter des infections fatales telles que la PCP, la tuberculose et les carences nutritionnelles. Par ailleurs, d'autres infections, telles que le paludisme et la diarrhée, risquent de présenter plus de complications et exigeront l'hospitalisation des nouveau-nés et nourrissons infectés par le VIH, dont le risque de mourir est plus élevé. Les interactions complexes entre le VIH et la santé et la survie maternelles et néonatales sont récapitulées dans l'Encadré III.7.1.

Le restant de ce chapitre ébauche l'enveloppe actuelle de soins de la PTME et la couverture en interventions lors de la grossesse et pendant la période postnatale. Nous présenterons les possibilités d'intégrer les quatre composantes des programmes de PTME aux programmes de SMNI. Nous nous pencherons également sur les défis en proposant des étapes pratiques pour les relever.

### ENCADRÉ III.7.1 Interactions entre le VIH et la santé et survie maternelles, néonatales et infantiles

- **Paludisme :** L'infection à VIH pendant la grossesse augmente la prévalence et les conséquences du paludisme,<sup>18</sup> ce qu'on appelle le « double problème. » Le paludisme et l'infection à VIH sont associés indépendamment à un risque accru d'anémie maternelle, d'insuffisance pondérale à la naissance (IPN) et de retard de croissance fœtale. La double infection par le paludisme et le VIH est associée à un risque accru de décès maternels, périnataux et infantile précoce, comparé à l'une de ces maladies prises toutes seules. Les bébés des mères infectées par le VIH et le paludisme sont presque deux fois aussi susceptibles de naître avec un poids insuffisant, comparé à l'infection soit par le paludisme, soit par le VIH tout seul.<sup>19</sup> (Section III chapitre 8)
- **Tuberculose :** La tuberculose (TB) pendant la grossesse se présente de plus en plus dans le contexte du VIH. Le VIH et la TB sont associés indépendamment à un risque accru de mortalité maternelle et périnatale et les conséquences de la double infection VIH-TB sont encore plus graves, entraînant un risque encore plus grand de naissance prématurée, d'IPN et de retard de croissance intra-utérine.<sup>20</sup> D'après des données récentes de Durban, en Afrique du Sud, les taux de TB ont augmenté parmi les femmes enceintes infectées par le VIH et les infections à TB ont doublé chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. L'effet synergique du VIH sur la TB pendant la grossesse ressort clairement dans l'expérience de Durban : 54 % des décès maternels causés par la tuberculose sont imputables à l'infection à VIH et 35 % de ces décès maternels sont liés à une mortalité.<sup>21</sup>
- **Infections sexuellement transmissibles :** Il existe une étroite association entre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) puisqu'une IST non traitée peut augmenter le risque de contracter et de transmettre le VIH. La syphilis, parmi toutes les IST, est une des grandes causes de conséquences négatives dans les pays en développement.<sup>22</sup> Sous-tendus par des soins prénatals, les programmes de prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH

sont l'occasion de mettre en œuvre des programmes de dépistage de la syphilis qui sont universellement recommandés mais rarement exécutés. (Section III chapitre 1 et chapitre 2)

- Pneumonie à pneumocystite : La pneumonie à pneumocystite liée au SIDA augmente le risque d'IPN, surtout par le biais d'une naissance prématurée.<sup>23-26</sup> Les naissances prématurées augmentent le risque d'hypothermie et d'infections néonatales.
- Carences nutritionnelles : Les carences nutritionnelles aggravent encore les conséquences du VIH/SIDA puisque le VIH/SIDA peut mener à une carence nutritionnelle. Plus de la moitié de toutes les femmes enceintes en Afrique sont anémiques et l'infection à VIH et le paludisme chez les femmes enceintes augmentent le risque d'anémie maternelle. L'anémie est associée à un risque accru de la transmission mère-à-enfant du VIH et réduit les chances de survie des femmes infectées par le VIH, ainsi que de leur bébé, indépendamment de l'évolution de la maladie à VIH et de l'insuffisance immunitaire.<sup>27</sup> La grossesse et l'allaitement sont des périodes de stress nutritionnel pour toutes les femmes. Si la grossesse elle-même ne semble pas accélérer l'évolution de la maladie, les femmes séropositives à VIH, y compris celles qui sont enceintes ou qui allaitent, courent pourtant un risque accru d'avoir une mauvaise nutrition. Les besoins en énergie pour maintenir le poids du corps augmentent probablement de 10 % environ lors de l'infection asymptomatique et jusqu'à 30 % lors des infections secondaires.<sup>28</sup> L'intégration des programmes de PTME et de santé maternelle, néonatale et infantile sont l'occasion d'encourager une meilleure nutrition maternelle et de donner des conseils alimentaires, ainsi que de réduire et/ou traiter l'anémie (Section III chapitre 2 et chapitre 5)
- Infections néonatales : Suite au statut immunitaire affaibli des nouveau-nés exposés au VIH, les conseils sur les soins hygiéniques du cordon et la prévention de l'infection sont des messages importants pour les mères et les soignants. Les mères devraient chercher à prévenir les infections chez les bébés et les prestataires de services devraient chercher à diagnostiquer l'infection à VIH parmi les enfants exposés, pour dépister et traiter rapidement toutes les infections du nouveau-né et pour administrer du cotrimoxazole prophylactique aux bébés infectés par le VIH.

## Enveloppe de soins

Une approche de PTME complète comprend les quatre composantes suivantes qui traitent de la SMNI le long de la continuité des soins :

**Composante 1.** Prévenir l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer

**Composante 2.** Eviter les grossesses non souhaitées chez les femmes infectées par le VIH

**Composante 3.** Prévenir la transmission du VIH d'une femme infectée par le VIH à son bébé lors de la grossesse, du travail, de l'accouchement et pendant l'allaitement maternel grâce aux mesures suivantes :

- Conseils et dépistage du VIH
- Médicaments antirétroviraux (ARV) pour la prophylaxie
- Traitement antirétroviral (TAR) pour celles qui présentent les bonnes conditions de recevabilité
- Pratiques plus sûres d'alimentation du nouveau-né

**Composante 4.** Fournir un suivi et des soins, un soutien et un traitement aux femmes infectées par le VIH, à leurs nourrissons et à leurs familles

**Traitement antirétroviral :** Les nouvelles directives de PTME de l'OMS<sup>29</sup> concernant la prophylaxie avec des ARV recommandent de donner aux femmes enceintes infectées par le VIH l'azidothymidine (AZT) dès la 28<sup>e</sup> semaine, puis une dose unique de nevirapine à l'accouchement pour la mère et le bébé. Les mères devraient recevoir une semaine de traitement supplémentaire d'AZT et 3TC après la naissance pour

réduire la probabilité de développer une résistance virale à la nevirapine. Ces protocoles médicamenteux très efficaces dans le cadre des effets cliniques n'ont pas encore été administrés à grande échelle dans des contextes où la prévalence du VIH est élevée. Aussi, ne dispose-t-on pas de l'expérience nécessaire dans le cadre des systèmes sanitaires routiniers et ne sait-on pas si une enveloppe intégrée de soins prénatals et postnatals pourrait être compilée pour améliorer la disponibilité, la durabilité et l'observance de ces protocoles prophylactiques. Les liens dans le système de santé nécessaires pour observer ces nouvelles directives mettent en relief l'importance d'intégrer la PTME et la SMNI, surtout dans le cadre des programmes de soins postnatals.

**Pratiques d'alimentation plus sûres :** Les défis spéciaux liés à l'alimentation du nouveau-né par des mères séropositives ouvrent la voie à de bonnes possibilités de renforcement des liens entre les programmes de PTME et de SMNI. Actuellement, l'OMS recommande aux mères séropositives d'éviter d'allaiter s'il existe une autre possibilité d'alimentation acceptable, faisable, abordable, durable et sans risques. Par ailleurs, le fait de ne pas allaiter est associé à des risques accrus de diarrhée et de pneumonie et, par conséquent, il est important d'apporter des conseils individuels et un soutien continu.<sup>30</sup> Dans les autres cas, l'on recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois ou tant que les conditions susmentionnées n'existent pas. L'allaitement maternel exclusif pourrait bien comporter un risque moindre de transmission du VIH que l'allaitement maternel partiel (lait maternel plus lait animal ou aliments solides). Une alimentation mixte, que la mère soit séropositive ou non, est

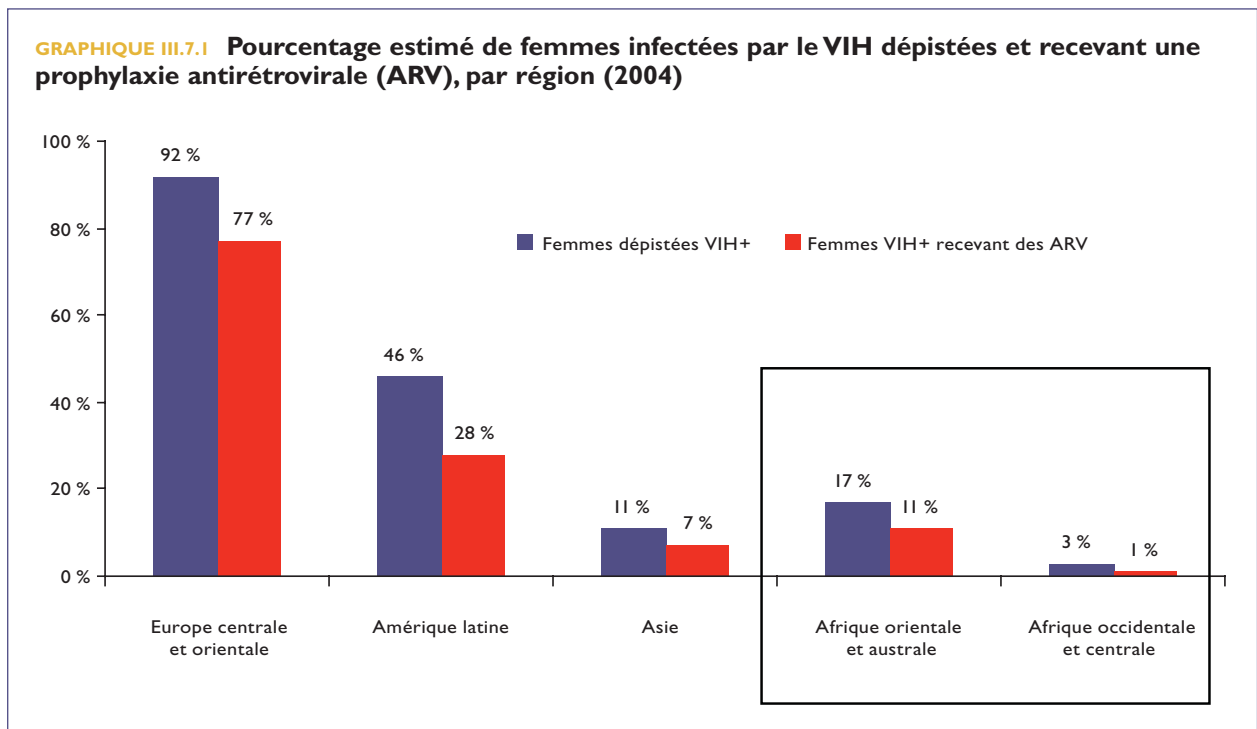


également corrélée à des risques plus élevés de morbidité, d'hospitalisation et de décès.<sup>31</sup> (Section III chapitre 5)

### Couverture, tendances et progrès actuels

Dans la plupart des pays africains, il existe des services de PTME, mais la couverture est limitée et la fréquentation des services varie entre les pays et au sein des pays. En 1998, les premiers projets pilotes étaient mis sur pied pour démontrer la faisabilité des programmes de PTME dans les pays avec une prévalence élevée. En 2004, le dépistage du VIH était appliqué à tout juste 10 % des femmes dans le cadre des services de PTME et seules 8,7 % des femmes enceintes séropositives dans le monde avait reçu une prophylaxie en ARV. En Afrique orientale et australe où les services sont les plus nécessaires, 17 % des femmes infectées par le VIH ont été identifiées comme telles par le test de dépistage du VIH dans le cadre de la PTME et 11 % seulement du total projeté des femmes

enceintes infectées par le VIH avaient reçu une prophylaxie à base d'ARV. En Afrique occidentale et centrale, la couverture est encore plus faible : seules 3 % des femmes infectées ont été dépistées et 1 % a reçu une prophylaxie à base d'ARV (Graphique III.7.1). Ce déficit ne comprend pas les femmes qui seront infectées pendant la grossesse, moment où les femmes semblent particulièrement vulnérables à l'infection. En effet, certains rapports indiquent que, dans les contextes à prévalence élevée du VIH, jusqu'à 5 % des femmes enceintes risquent d'être infectées. Le déficit ne comprend pas non plus les femmes qui ont passé le test de dépistage du VIH lors des tous premiers stades de l'infection lorsque les anticorps anti-VIH ne peuvent pas encore être détectés (période latente) et qui le seront uniquement par un test de dépistage répété du VIH 36 semaines après ou plus tard. Trente-neuf pays subsahariens ont mis en œuvre des programmes de PTME, mais seuls deux pays, le Botswana et l'Île Maurice, sont arrivés à la couverture universelle.



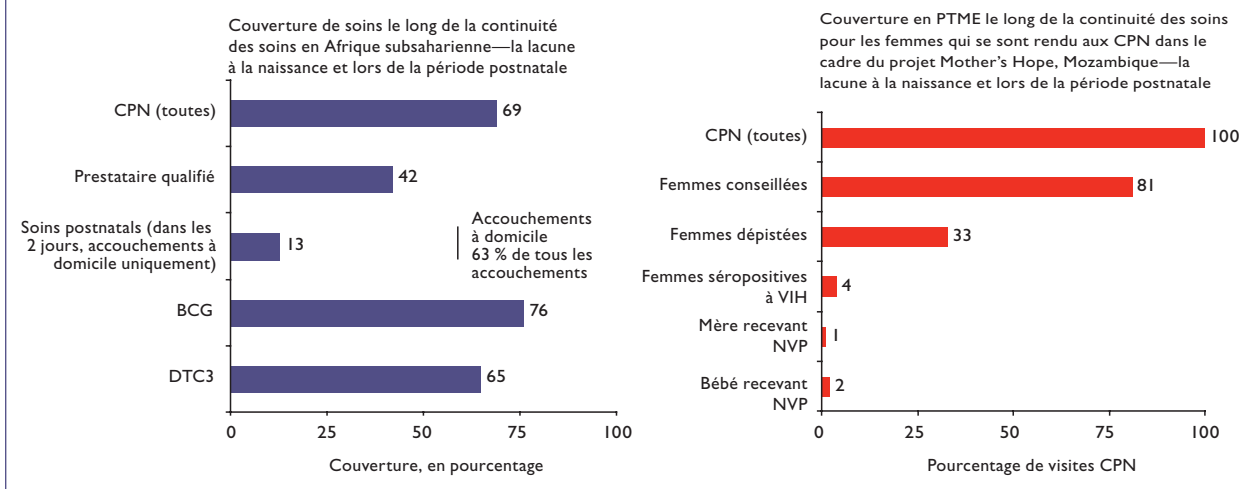
Source : Référence<sup>1</sup>

La survie de l'enfant exempt de VIH demande des stratégies claires pour protéger les enfants contre toutes les grandes causes de décès, pas simplement contre l'infection à VIH. Dans bien des pays affectés par le VIH, la couverture de soins est faible à des moments d'importance cruciale, aussi bien pour les services de SMNI que de PTME. Aussi, assiste-t-on à la cascade caractéristique de fréquentation moindre des services et de prestation moindre des services au moment le plus crucial, tel qu'on peut le voir sur le Graphique III.7.2. La continuité des soins est un autre défi se répercutant sur la qualité des services, tant de PTME que de SMNI. Les données d'un projet réalisé au Mozambique mettent en relief cet obstacle de taille, tant pour la SMNI que la PTME.

La couverture élevée d'au moins une consultation prénatale (CPN) (69 %) en Afrique subsaharienne nous indique que les

CPN représentent un point d'entrée idéal pour les interventions de PTME. Par contre, au moment de l'accouchement, moins de la moitié des femmes ont accès à un prestataire qualifié ou accouchent dans un établissement de santé. La fréquentation des services postnatals est un faible maillon dans la continuité des soins pour les femmes et leurs bébés. La plupart des femmes et de leurs nouveau-nés sont perdus pour le système de santé après l'accouchement, alors que paradoxalement, les taux de vaccination pour le Bacille Calmette-Guérin (BCG) et les trois doses de diphtérie, coqueluche et tétanos (DCT3) restent élevés (76 % et 65 %, respectivement), nous montrant que les familles restent quand même à la portée des services formels de soins de santé.

**GRAPHIQUE III.7.2 La couverture en enveloppe de soins maternels, néonataux et infantiles et de prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) diminue au moment de la naissance et lors de la période postnatale**

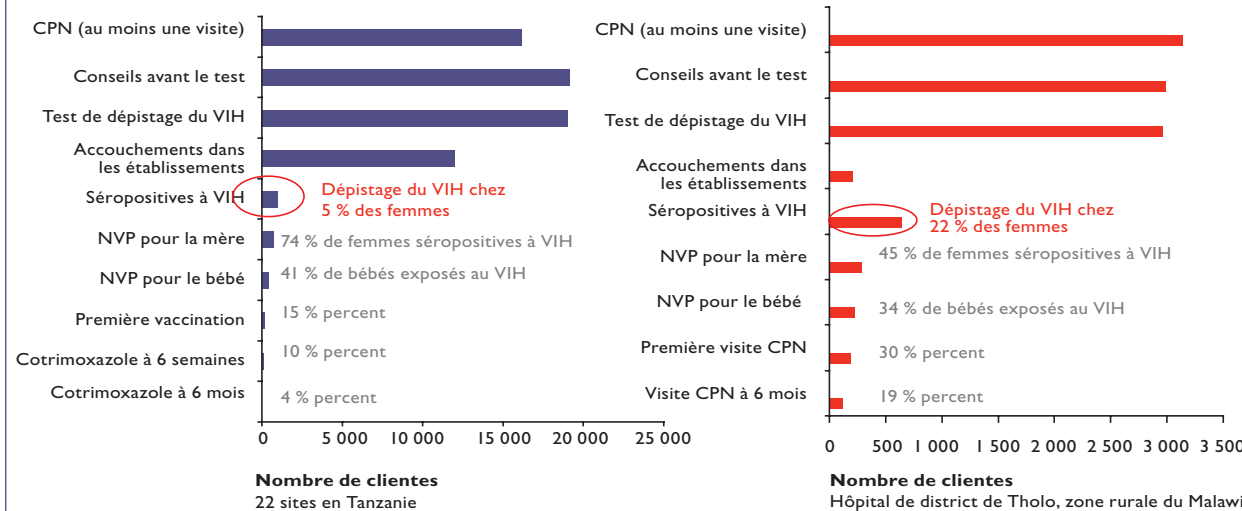


Sigles utilisés : CPN= consultation prénatale ; BCG= vaccin Bacille Calmette-Guérin ; DTC3=trois doses de diphtérie, coqueluche et tétanos ; NVP=médicament antirétroviral nevirapine.  
 Sources : CPN, prestataire qualifié à la naissance, BCG, vaccin DTC3 de la référence<sup>32</sup>. Les soins postnatals proviennent des enquêtes démographiques et de santé 1998-2005.  
 Note : Les soins postnatals concernent les femmes qui ont reçu un bilan postnatal dans les 2 jours suivant l'accouchement le plus récent à l'extérieur d'un établissement de santé, appliqué à tous les accouchements à l'extérieur d'un établissement de santé (63 % de tous les accouchements), voir notes de données à la page 226 pour de plus amples détails. Les profils des pays renseignés sur la couverture le long de la continuité des soins pour chaque pays. Le graphique du Projet Mother's Hope se fonde sur 30 122 mères assistant aux CPN. Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation et Save the Children, Mozambique.

Certains programmes ont renforcé les liens entre les soins maternels et néonataux et la PTME. Dans de tels cas, l'intégration est davantage possible lors de la période prénatale que celle postnatale puisque les services postnatals existants sont faibles et mal définis. En Tanzanie et au Malawi (Graphique III.7.3), la formule services intégrés et modèle « dérogatoire » du dépistage du VIH - avec dépistage de toutes les clientes des CPN à moins qu'elles ne refusent - ont poussé à la hausse la fréquentation de services de conseils et de dépistage volontaires du VIH chez les clientes des CPN. Par ailleurs, le nombre d'accouchements dans un établissement de santé reste nettement inférieur au taux de fréquentation des CPN. Les services postnatals sont constamment sous-utilisés, tant pour les mères

que pour les bébés. Aussi, un quart des femmes infectées dans le site du projet tanzanien et plus de la moitié des femmes à l'hôpital du Malawi n'avaient pas reçu la dose unique de nevirapine, prophylaxie antirétrovirale disponible à cette époque dans les deux pays, et les deux tiers des bébés exposés n'avaient pas obtenu leur dose correspondante de nevirapine dans les 72 heures suivant la naissance. Le clivage entre les services prénatals et postnatals et le petit nombre de mères fréquentant les services sont autant d'occasions ratées de fournir des soins néonataux essentiels et d'apporter une gamme complète de services aux nourrissons exposés au VIH, notamment prophylaxie pour les infections opportunistes, suivi attentif de la croissance et soins nutritionnels.

**GRAPHIQUE III.7.3 Intégration de la prévention de la transmission mère-à-enfant et des services maternels, néonataux et infantiles : important surtout dans le cadre des soins prénatals et postnatals**



Source : Références<sup>33,34</sup>



Les programmes de PTME qui dépendent étroitement des approches mises en œuvre dans les établissements de santé n'auront probablement qu'une portée limitée, surtout dans les contextes où un grand nombre de femmes accouchent à domicile. Des programmes dans le cadre desquels les services de PTME sont mis en œuvre avec l'approche à domicile enregistrent un taux plus élevé de la dose unique de nevirapine (auto-administrée par les mères) et une administration accrue de nevirapine au nouveau-né par la mère elle-même. D'après les résultats d'une étude, 85 % des mères ont pris leur dose de nevirapine au moment de l'accouchement, 84 % des femmes ont donné de la nevirapine à leur bébé et le taux de

transmission du VIH a reculé, passant à 7,5 % alors qu'il était de l'ordre de 19,4 %.<sup>35</sup>

Un examen de la mise en œuvre de la PTME de ces six dernières années montre que les choses ont progressé dans un certain nombre de domaines. C'est la connaissance mondiale de la PTME et la réponse des dirigeants nationaux qui représentent le grand pas en avant, tel que le montre l'Encadré III.7.2. Signes encourageants certes mais non accompagnés par les ressources et l'engagement local pour améliorer la qualité et la prestation de services pour des populations entières. A ce niveau, les choses ont moins bien progressé.

### ENCADRÉ III.7.2 Solides réponses sur le plan des politiques à la crise du VIH/SIDA

#### Mondial

- La 26<sup>e</sup> Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) en 2001 s'est concentrée sur le VIH/SIDA et a pris l'engagement de réduire la proportion de nourrissons et d'enfants infectés par le VIH de l'ordre de 20 % d'ici 2005 et de 50 % d'ici 2010.
- La Réponse d'Urgence du Président des Etats-Unis en 2003 et d'autres initiatives cherchent essentiellement à élargir l'accès à la prévention, aux soins et au soutien liés au VIH en se concentrant sur les femmes infectées par le VIH, leurs enfants et leur famille.
- Le Groupe des 8 (G8) nations en 2005 a renouvelé et renforcé son engagement à un accès universel à la prévention, au traitement et aux services de soutien liés au VIH d'ici 2010, visant une génération exempte du SIDA en Afrique.
- La Campagne mondiale « Unissons-nous pour les enfants, unissons-nous contre le SIDA » démarrée en 2005 par l'UNICEF et le Programme conjoint des Nations Unies pour le VIH et le SIDA (ONUSIDA), ainsi que les partenaires, vise à ce que 80 % des femmes enceintes infectées par le VIH aient accès aux ARV pour la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH.
- Le Forum des Partenaires mondiaux à haut Niveau pour la PTME, qui s'est tenu en décembre 2005 à Abuja, au Nigeria, réunissait des représentants des gouvernements, des organisations multilatérales, des sociétés civiles et des partenaires du développement. Un appel a été lancé pour éliminer la transmission mère-à-enfant du VIH et pour arriver aux buts d'une génération exempte de VIH et de SIDA dans le monde entier. On a relevé la nécessité d'intégrer la PTME aux services de santé maternelle, néonatale et infantile en établissant la liaison avec d'autres programmes de santé et de nutrition.

#### Niveau national

- Divers Ministères de la Santé sont en train de formuler et d'adopter des politiques et programmes de PTME, y compris la Stratégie mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant<sup>36</sup> afin d'encourager l'allaitement maternel pour les femmes qui ne sont pas infectées par le VIH et de fournir des choix d'alimentation optimale pour les mères qui sont séropositives à VIH.
- Certains pays, dont le Botswana, l'Ouganda et le Sénégal sont parmi les premiers à prendre un engagement à haut niveau face à la PTME.

#### Société civile

- Un solide engagement de la société civile est un des traits que l'on note dans les pays qui ont su inverser les tendances du VIH. Par exemple, en Ouganda, l'engagement des ONG et des églises a permis d'élargir et de renforcer le programme du gouvernement.
- En Afrique du Sud, les groupes de la société civile ont continué à faire pression de tous les côtés pour élargir l'accès à un traitement abordable et efficace, notamment à une meilleure nutrition. Des réunions conjointes de la société civile ont permis d'améliorer la communication et la collaboration entre les secteurs de la santé privée et publique, le commerce et l'industrie. Ils ont ainsi lancé un appel clair.

## Possibilités d'intégrer les programmes de PTME et de SMNI

Il est d'importance critique de protéger les nouveau-nés contre le VIH, mais il est tout aussi important de les garder à l'abri d'autres infections néonatales et infantiles courantes. Sinon, les bébés qui auront été sauvés du VIH risquent quand même de mourir d'autres problèmes évitables.<sup>37</sup> Aussi, la PTME devrait être administrée dans le contexte des programmes de SMNI et dans des services pour bébés et jeunes enfants (par exemple, pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance [PCIME]), plutôt que dans un service vertical ou parallèle. Lors d'une consultation technique de l'OMS sur l'intégration des interventions de lutte contre le VIH et des services de SMNI, les participants ont décrit de la manière suivante cette forme d'intégration :<sup>38</sup>

*L'intégration des interventions contre le VIH dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) suppose la réorganisation et la réorientation des systèmes de santé pour vérifier la prestation d'un ensemble d'interventions essentielles pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH dans le cadre de la continuité des soins pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les familles.*

Le Graphique III.7.4 présente les interventions essentielles de la PTME et les soins maternels et néonataux le long de la continuité des soins. Les quatre axes du cadre de la PTME ciblent les mêmes périodes et les mêmes clientes que les enveloppes de soins essentiels de la SMNI et souvent, dépendent des mêmes agents de santé. Il est impératif d'intégrer la SMNI et la PTME et les soins liés au VIH, surtout dans les contextes où la prévalence du VIH/SIDA est élevée.

**GRAPHIQUE III.7.4 Intégrer les quatre composantes des programmes de prévention de la transmission mère-à-enfant aux soins maternels, néonataux et infantiles le long de la continuité des soins**

Avant la grossesse		Grossesse	Accouchement	Postnatal-nouveau-né
Pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés				
Santé et planification familiale avant la grossesse		Soins prénatals focalisés	Soins qualifiés lors de l'accouchement, soins obstétricaux d'urgence et soins néonataux immédiats	Soins postnatals et promotion d'une alimentation sans risques du nourrisson
<b>COMPOSANTE 1 :</b> Prévention de l'infection à VIH chez les femmes	<b>COMPOSANTE 2 :</b> Prévention des grossesses non souhaitées chez les femmes infectées par le VIH	<b>COMPOSANTE 3 :</b> Prévention de la transmission d'une femme infectée par le VIH à son bébé		<b>COMPOSANTE 4 :</b> Soins, traitement et soutien pour les femmes et partenaires, bébés et enfants infectés par le VIH
Pour les femmes infectées par le VIH et les nouveau-nés exposés				

## Possibilités programmatiques le long de la continuité des soins

**Avant la grossesse.** L'intégration de la PTME et des soins maternels et néonataux commence avant qu'une femme ne tombe enceinte. Il est particulièrement important que les jeunes femmes aient accès à des programmes complets et intégrés en santé de la reproduction qui les aident à prévenir aussi bien l'infection à VIH que la grossesse non souhaitée. Un tel programme a bien des facettes : des conseils sur les pratiques sexuelles moins risquées et la protection, participation du partenaire, prévention de la transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), traitement rapide des IST, conseils et le dépistage volontaires, communication du statut aux partenaires et services de planification familiale (Section III chapitre 1)

**Lors de la grossesse et au moment de l'accouchement.** Des CPN focalisées et le dépistage et le traitement rapides des complications maternelles, ainsi que le dépistage précoce du statut VIH chez la mère sont d'importance centrale pour l'intégration. Les services de CPN doivent aider à faire les préparatifs à la naissance en utilisant des messages spécifiques pour les mères infectées par le VIH. Les CPN intégrées doivent également inclure le dépistage et le traitement des IST, notamment de la syphilis, les conseils et le dépistage pour le VIH et la communication aux partenaires, ainsi que des conseils sur l'alimentation du nourrisson, les préparatifs à l'accouchement,

la planification familiale et la prévention du VIH et des IST (Section III chapitre 2). Lors de l'accouchement, cette intégration se traduit par le recours minimal aux interventions chirurgicales, l'utilisation du partogramme, la prestation de soins obstétricaux d'urgence, les précautions universelles de prévention des infections, ainsi que l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène, la prise en charge active du troisième stade du travail et, si ce n'est pas encore fait, les conseils et le dépistage du VIH.

**Lors de la période postnatale.** Il est extrêmement important d'apporter de bons soins à la mère et au nouveau-né et de continuer la PTME lors de cette période. A l'heure actuelle, les conseils dans le cadre des programmes de PTME concernent les résultats du test de dépistage. On discute nettement moins des soins de suivi, de la santé de la reproduction, de la prévention de l'infection à VIH et de la planification familiale. Et pourtant, un suivi précoce et régulier des nourrissons permet de vérifier si l'allaitement maternel exclusif est pratiqué ou de suivre l'état nutritionnel du bébé (le retard de croissance est un signe précoce de l'infection à VIH lorsque d'autres causes ont été éliminées). Un tel suivi vérifie également si les vaccinations ont été administrées, ainsi que la prophylaxie à base de cotrimoxazole, et oriente l'enfant vers les services compétents pour un traitement rapide en cas de maladies. De meilleures techniques d'allaitement maternel pour diminuer les risques d'inflammation du sein et d'autres affections qui peuvent



favoriser la transmission du VIH sont également des armes pour lutter contre l'infection.

Les soins néonataux peuvent et doivent être reliés à un suivi amélioré de la PTME. Les signes de danger des infections néonatales se manifestent généralement dans les 72 heures qui suivent l'accouchement. Un bilan pourra être fait des bébés dès à domicile lorsqu'ils viennent à l'établissement de santé dans les 72 heures pour recevoir la prophylaxie de nevirapine (ARV). Cette visite est également l'occasion de donner au bébé ses premiers vaccins et de conseiller la mère sur les soins qu'elle devra donner à domicile à son enfant. Tout comme les CPN sont un point d'entrée pour la PTME, la vaccination du BCG est l'occasion d'apporter des soins postnatals aux nouveau-nés et à leurs mères, exposés ou non au VIH. Le test de dépistage du VIH chez les bébés dans les services de vaccination est une seconde chance pour la mère de prendre connaissance de son propre statut et de déterminer si les interventions de PTME sont effectivement réussies. On conseillera aux mères qui sont reconnues comme séropositives à ce moment-là de continuer à

allaiter leur bébé et la connaissance que l'enfant n'est pas infecté motivera les mères à observer les meilleures pratiques d'alimentation, que ce soit l'allaitement maternel exclusif ou une alimentation de remplacement, sans toutefois mélanger les deux méthodes. Aussi, la période postnatale représente-t-elle une bonne possibilité de faire converger les services de PTME et de SMNI et également de relier les services de santé néonatale et infantile et les programmes du SIDA pédiatrique.

Certes, il existe des possibilités de PTME tout au long du cycle de la vie, tout comme il existe également des possibilités de renforcer les soins aux divers niveaux de prestation. L'OMS a fait une évaluation des besoins en Ouganda et au Mozambique en 2004 pour détecter les barrières entravant l'intégration et mieux comprendre la mesure dans laquelle sont intégrés les services de PTME et de SMNI. L'évaluation constate qu'il existe de nombreuses coupures dans la continuité des soins tout en relevant également plusieurs possibilités de renforcement (Encadré III.7.3).

### **ENCADRÉ III.7.3 Intégration de la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) et des services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) en Ouganda et au Mozambique : Résultats d'une évaluation initiale de l'OMS**

#### *Niveau national :*

- Les politiques encouragent l'intégration en théorie. Par ailleurs, des outils opérationnels, tels que les protocoles et la formation, fonctionnent séparément, d'où une faible coordination des services.
- Il n'existe aucune procédure formelle articulée au niveau national pour le suivi des femmes post-partum.
- Il n'existe aucune procédure standard pour fournir des services de planification familiale aux femmes séropositives à VIH.

#### *Niveau de l'établissement de santé :*

- Les programmes de PTME utilisent les programmes de santé maternelle pour fournir des services de PTME dans les consultations prénatales (CPN), à l'hôpital pendant l'accouchement et au centre de santé ou à domicile dans le cadre des soins postnatals. Ces programmes insistent sur les conseils et le dépistage volontaires du VIH et la fourniture des médicaments antirétroviraux (ARV). Ces services sont souvent dispensés de manière verticale et ne traitent pas de la santé maternelle, néonatale et infantile prise comme un tout ou de la prévention primaire pour les femmes dont le test est négatif.
- Les services de santé maternelle et reproductive ne sont pas aussi bien financés que la PTME. Alors que l'on connaît pourtant l'interaction entre le VIH, les complications maternelles et néonatales, telles que le paludisme pendant la grossesse, la syphilis, l'anémie et la malnutrition, les fonds de la PTME ne sont pas utilisés pour renforcer les systèmes de santé afin de bénéficier également à d'autres programmes de SMNI.



#### *Niveau communautaire :*

- Il y a ni système de suivi ni système d'orientation ou de feed-back après la naissance d'un bébé. Aussi, n'existe-t-il pas de mécanisme pour dépister les nouveau-nés exposés au VIH et leur fournir des soins spéciaux, notamment du cotrimoxazole, un diagnostic précoce et un bon accès aux ARV ou encore pour soutenir les pratiques d'alimentation du nourrisson.

#### *Niveau transversal :*

- La formation des agents de santé ne traite pas de la prestation des services intégrés et, par conséquent, inhibe la possibilité d'intégration.
- L'infrastructure ne soutient pas l'intégration, réduisant ainsi les chances.

## Leçons retenues

- Formuler des directives politiques et opérationnelles pour les liens avec la planification familiale et le suivi postnatal des mères et des nouveau-nés et mettre en place des systèmes d'orientation à l'aide de cartes de suivi. Les directives apporteront une direction opérationnelle claire aux responsables de district portant sur les programmes intégrés.
- Intégrer les indicateurs des nouveau-nés dans la collecte de données se rapportant à la PTME.
- Elargir l'accès au traitement antirétroviral, aux soins et au soutien des mères.
- Utiliser l'expansion des interventions de PTME comme point d'entrée d'une enveloppe intégrée de prévention, soins, soutien et traitement liés au VIH lors de la période du post-partum et néonatale.

Source : Adapté de la référence<sup>39</sup>

## Défis liés à l'intégration de la PTME et des soins néonataux

Les obstacles entravant une programmation efficace de la PTME se dressent à plusieurs niveaux : capacité humaine insuffisante, infrastructure limitée ainsi que gestion et coordination inadéquates. Vient encore s'ajouter à ces obstacles le champ d'attention limité de la prévention de la transmission verticale (Composante 3) où guère d'attention n'est accordée à la prévention primaire, à la planification familiale, au soutien pour l'alimentation du nourrisson, aux soins de suivi, ainsi qu'au traitement des mères et de leurs bébés et aux stratégies sur la participation communautaire, familiale et du partenaire.<sup>40</sup> La pratique actuelle de la PTME est dispensée essentiellement dans les centres de santé et les hôpitaux et ces services n'arrivent pas à atteindre le nombre de femmes et de nouveau-nés dans les zones rurales ou les naissances qui surviennent à domicile qui représentent pourtant la majorité des accouchements. Les visites à domicile pour les CPN et les soins néonataux essentiels à domicile se servant d'approches communautaires sont l'occasion d'atteindre ces mères et ces bébés. Des réseaux communautaires peuvent être mobilisés pour encourager l'utilisation des CPN et recommander aux femmes d'accoucher dans les établissements de santé, ainsi que pour dispenser des soins de suivi et apporter un soutien à la mère et au bébé à domicile. Divers projets communautaires montrent que, lorsque les prestataires qualifiés



ne sont pas disponibles, les agents de santé communautaires peuvent encourager la fréquentation des services de santé ou même administrer les ARV.<sup>41</sup>

L'apport de conseils de bonne qualité sur les options d'alimentation du nourrisson en vue de réduire la transmission postnatale et de soutenir le choix de la mère après l'accouchement est un des plus grands défis programmatiques à relever pour la prestation et l'intégration de la PTME. Au fur et à mesure que les interventions pour réduire la transmission péripartum du VIH deviendront plus accessibles, c'est la transmission du VIH par le biais de l'allaitement maternel qui prendra une part plus grande dans la transmission du VIH et pourrait, par la suite devenir l'axe principal de la PTME. Par ailleurs, bien des facteurs différents viennent influencer les pratiques d'alimentation du nourrisson et tous n'entrent pas dans le contrôle de la mère et moins encore dans celui des prestataires de soins de santé. Par ailleurs, les programmes de PTME peuvent réduire les facteurs-risques virologiques de transmission par le biais de l'allaitement maternel en améliorant la santé des mères. Des orientations rapides entre les programmes de PTME et d'ARV permettront aux femmes enceintes avec de faibles numérations de lymphocytes CD4 de démarrer un traitement antirétroviral pour diminuer la transmission lors du péripartum, ainsi que l'éventuelle transmission postnatale. Des conseils bien informés et équilibrés aideront les femmes à comprendre les conséquences biologiques et sociales des différentes pratiques d'alimentation du nourrisson et la possibilité d'appliquer en toute sécurité ces pratiques. Un soutien constant doit être donné par l'intermédiaire des services de santé pour aider les mères infectées et non infectées à maintenir leur choix d'alimentation, surtout l'allaitement maternel exclusif ou une alimentation de substitution chez les femmes infectées par le VIH. On se heurte à bien des défis également pour aider les mères infectées par le VIH à arrêter en toute sécurité l'allaitement maternel et à apporter une nutrition suffisante qui encourage une croissance et un développement optimaux de leurs enfants.

Les programmes réussis de PTME en Afrique possèdent certaines caractéristiques particulières accompagnées de solutions pour relever les défis, que soit sur le plan politiques ou couverture élevée des interventions (Encadré III.7.4). Ces caractéristiques sont très analogues aux leçons retenues de pays qui ont réussi à faire reculer la mortalité néonatale, tel que montré à la Section IV.

#### ENCADRÉ III.7.4 Qu'est-ce qui réussit : Passer de la politique à une couverture élevée

L'évaluation des programmes en Ouganda et au Mozambique et l'expérience recueillie par divers pays comme le Zimbabwe et la Zambie (Encadré III.7.5 et Encadré III.7.6) indique que les facteurs suivants favorisent l'expansion des interventions :

- Niveau élevé de leadership et d'engagement politiques
- Engagement face à une couverture nationale
- Solide gestion centrale du programme et solide leadership technique
- Structures et systèmes de gestion décentralisée efficaces
- Bonne infrastructure de la santé
- Couverture élevée des soins prénatals et accouchements assistés par un prestataire qualifié
- Administration routinière institutionnalisée du test de dépistage du VIH (approche universelle sur choix)
- Accès au traitement antirétroviral
- Solide engagement politique face au renforcement des politiques sur les actions nutritionnelles essentielles et la stratégie mondiale d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant<sup>36</sup>

### Étapes pratiques pour faire progresser l'intégration

Tel que nous le montrent les exemples de la Zambie et du Zimbabwe, l'engagement politique et une solide gestion des programmes, aidés par de simples outils, aides professionnelles et registres d'information sanitaire, facilitent une meilleure intégration des programmes. Voici certaines étapes pratiques à cette fin :

- **Politiques** : Formalisation des politiques et de la prestation de services de santé avec inclusion de soins essentiels de SMNI et PTME, s'accompagnant d'un examen spécifique des politiques pour les CPN et les services postnatals.
- **Programmes et fournitures** : Harmonisation des protocoles et révision de l'éducation avant l'emploi et de la formation en cours d'emploi afin d'arriver à un programme plus intégré et une approche de service, elle aussi plus intégrée, par exemple, les interventions de PTME doivent être reliées à la prise en charge du paludisme lors des CPN ainsi qu'au traitement des IST, à la prévention de l'anémie et aux soins nutritionnels. Il est également important de se donner des protocoles de suivi postnatal qui encouragent les soins postnatals routiniers et les renforcent sur le plan suivi de la croissance, conseils et soutien pour l'alimentation du nourrisson, dépistage des infections et traitement avec du cotrimoxazole. Le lien avec la logistique de l'offre est également un avantage mutuel. Par exemple, les trousseaux pour les tests de dépistage du VIH tendent à être distribués efficacement dans un grand nombre de pays, mais par contre, les tests de syphilis souvent ne sont pas disponibles - relier les fournitures pour le test de dépistage de la syphilis aux systèmes logistiques pour les tests de dépistage du VIH présente probablement une bonne occasion d'étendre la couverture.
- **Planification** : Plans mis en œuvre au niveau des districts sanitaires et formation des responsables et coordinateurs de district portant sur l'intégration des politiques et protocoles aux opérations locales.
- **Mise en œuvre** : Formulation et/ou révision d'outils et d'aides professionnelles pour la mise en œuvre de programmes

intégrés. S'agissant notamment des registres sur la maternité sans risques, des aides professionnelles pour les conseils sur la maternité, des plans de préparatifs à la naissance et des cartes d'information sanitaire et de prise en charge pour les mères et les enfants, donnant des informations sur les services de PTME. En Zambie et au Zimbabwe, on a fait appel aux mobilisateurs communautaires pour encourager les soins néonataux, la PTME, ainsi que l'alimentation sans risques du nourrisson.

- **Suivi et évaluation** : Meilleure utilisation des indicateurs de suivi pour améliorer la qualité et la couverture.

Les Encadrés III.7.5 et III.7.6 montrent comment ces deux pays ont suivi un grand nombre de ces étapes pratiques et ont mis au point et/ou ont adapté des aides professionnelles et autres outils pour l'utilisation nationale.

#### ENCADRÉ III.7.5 Intégrer l'information se rapportant au VIH et la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) : l'expérience du Zimbabwe

##### Programme

Le Zimbabwe a déclaré la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) une priorité nationale en 2001 et a cherché à étendre rapidement sur l'ensemble du pays les programmes de PTME. Très vite, on s'est rendu compte qu'il fallait adapter des outils existants ainsi que les systèmes de suivi et d'archivage utilisés par le Ministère de la Santé et du Bien-Être infantile (MSBEI) si l'on voulait arriver à une expansion rapide et durable des services de PTME et vérifier l'inclusion de l'information portant sur la gamme entière des services prénatals, de l'intra-partum et postnatals. La capacité de gérer les soins et le suivi des mères infectées par le VIH et de leurs bébés exposés au VIH donnait lieu à

certaines préoccupations. Le MSBEL a conclu qu'il était urgent d'intégrer les interventions de PTME et les services de SMNI existants à tous les niveaux du système de soins de santé pour assurer une continuité des soins pour les femmes infectées par le VIH et leurs bébés, chaque fois qu'elles se rendent dans un service de santé. Plusieurs outils ont été modifiés afin d'inclure l'information sur la PTME, notamment le registre des consultations prénatales et le registre des naissances, le carnet de la mère et le carnet de santé de l'enfant. Les révisions dans le carnet de l'enfant portent sur des mises à jour de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), la vaccination, la croissance, la nutrition, ainsi que des messages sur l'alimentation du nourrisson, des graphiques pour motiver les hommes, ainsi que sur le dépistage, les soins et le diagnostic des nourrissons exposés au VIH avec des rappels supplémentaires pour les agents de santé. Les révisions dans le carnet de la mère portent sur les conseils et le dépistage du VIH, tant pour la mère que pour son partenaire, avec un espace pour noter le statut de la mère, une liste de vérification des conseils, la planification familiale, le soutien psychosocial et nutritionnel et les soins continus liés au VIH. En 2002, ces outils ont été mis en place et renforcés par une formation portant sur l'utilisation et la diffusion d'un manuel de procédures et logistiques nationales standardisées de PTME.

**Principales leçons retenues :**

- Une approche basée sur le système de santé coordonnée par le Ministère de la Santé est nécessaire pour étendre, sur l'ensemble du pays, les services liés au VIH/SIDA.
- La mise à jour des outils de la SMNI renforce la qualité des services car c'est l'occasion d'apporter des mises à jour techniques et de renforcer la communication entre les secteurs, la communauté et le niveau national.
- Les outils renforcent la prestation des services de SMNI en aidant les agents de santé à fournir des soins intégrés à l'interface de la prestation de services pour tous les individus, y compris ceux qui sont infectés ou exposés au VIH.
- Les carnets tenus manuellement pour les mères sont des outils importants pour intégrer les services de SMNI et de PTME.

Source : Adapté de la référence<sup>42</sup>

### **ENCADRÉ III.7.6 Programme intégré de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) en Zambie**

*Programme*

Les liens et l'intégration avec la santé maternelle, néonatale et infantile est le fer de lance du programme de PTME de la Zambie. Le cadre stratégique national de la PTME a pour objet d'améliorer la survie et le développement de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité infantiles et juvéniles imputables au VIH et en diminuant la mortalité maternelle grâce au renforcement des services de soins de santé prénatals, infantiles et postnatals. Le Service de Santé de la Reproduction du Conseil central de la Santé coordonne et harmonise les activités de tous les partenaires, veille à l'intégration des services de PTME et de SMNI, et relie ces programmes à des services amis-des-jeunes ainsi qu'aux programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA. Actuellement, les services de PTME sont intégrés dans tous les 72 districts. La PTME a renforcé le programme de maternité sans risques en utilisant des fonds de la PTME pour soutenir les systèmes à l'appui des services de maternité sans risques, tels que les vaccinations antitétaniques, la prophylaxie pour le paludisme et l'anémie, les soins postnatals (SPN) et la planification familiale. Le personnel aux différents points de services a reçu une orientation pour qu'il puisse apporter une information et orienter les clients à travers les services. Des aides professionnelles et des outils intégrés ont également été mis au point avec démonstration pour le personnel, notamment le registre de la maternité sans risques, des aides professionnelles pour les conseils liés à la maternité, les carnets de la mère sur les préparatifs à la naissance et les carnets de santé de la mère et de l'enfant. Les registres des soins prénatals et postnatals intégrés indiquent les moments où la mère doit être suivie, tant pour recevoir des conseils sur l'alimentation du nourrisson que pour vérifier le statut de VIH de l'enfant. Cette approche ciblée a permis à certains établissements de démarrer un suivi à six et 18 mois, malgré les pénuries de personnel. Le programme fait également appel aux accoucheuses traditionnelles qui ont reçu une formation portant sur les soins néonataux essentiels dans deux districts périurbains. Les accoucheuses traditionnelles encouragent les SPN en demandant

aux femmes de se rendre dans les établissements de santé dans les 72 heures après l'accouchement et par l'intermédiaire des groupes de soutien à l'allaitement maternel.

#### *Leçons clés retenues*

- L'intégration de la PTME aux programmes de santé de la reproduction est possible, même si le personnel est en nombre limité, notamment pour la maternité sans risques, la planification familiale, la santé reproductive des adolescents et la santé infantile. Le suivi des bébés est également possible.
- La participation communautaire et l'engagement des hommes revêtent une grande importance pour apporter aux femmes un soutien si elles décident de ne pas allaiter et pour faciliter l'accès à un suivi et à des soins pédiatriques.
- L'expansion de projets pilotes à des programmes d'envergure nationale n'a pas été aisée car les sites pilotes mettaient en œuvre des programmes verticaux qui n'étaient axés que sur la troisième composante (moment de l'accouchement), alors que le programme national de PTME a intégré toutes les quatre composantes de la PTME à la santé de la reproduction, en particulier la santé des adolescents, la planification familiale, la maternité sans risques et les programmes communautaires de soins et soutien.

Sources : Adapté des références<sup>43,44</sup>

## Conclusion

Les programmes de PTME ont bénéficié d'un solide soutien à l'échelle mondiale et ont permis d'arriver à des solutions novatrices pour apporter des interventions complexes dans des contextes aux ressources limitées. Et pourtant, la couverture continue à être faible puisque seule une paire mère-bébé sur 20 est traitée par des ARV. Guère logique par ailleurs d'investir des millions pour prévenir l'infection à VIH chez des bébés si le bébé meurt pendant les premières semaines de la vie suite à une pneumonie ou autre cause parfaitement évitable. C'est en

repérant et en renforçant les liens manquants ou faibles entre les programmes de PTME et de SMNI qu'on saisira les possibilités de répondre aux besoins de santé fondamentaux des mères et des nouveau-nés lors de cette période périnatale entourée de risques. Les programmes de PTME sont l'occasion de renforcer la SMNI, notamment les soins néonataux, à l'aide d'une approche holistique qui tient à distance l'infection à VIH et renforce la santé maternelle, néonatale et infantile - au bénéfice d'une survie exempte de VIH.



## Actions prioritaires pour intégrer la SMNI et la PTME

- *Politiques* : Revoir les politiques, surtout celles concernant les périodes prénatale et postnatale pour intégrer les SMNI et la PTME.
- *Programmes et fournitures* : Mettre au point un programme de formation intégrée, une approche de service intégrée et un système intégré de logistique de l'offre.
- *Planification* : Formuler des plans conjoints mis en œuvre au niveau district et former les responsables et les coordinateurs des districts sur la manière d'intégrer les politiques, programmes et la logistique dans le cadre des opérations locales.
- *Mise en œuvre* : Formuler ou revoir une mise en œuvre de programmes intégrés et des outils de suivi, ainsi que des aides professionnelles.
- *Suivi et évaluation* : Mieux utiliser les indicateurs de suivi pour améliorer la qualité et la couverture de la PTME et de la SMNI et plaider pour un plus grand soutien.





## Programmes de lutte contre le paludisme

Magda Robalo, Josephine Namboze, Melanie Renshaw, Antoinette Ba-Nguz, Antoine Serufulira

Le paludisme est un grave problème de santé publique et de développement en Afrique où les femmes enceintes et les jeunes enfants sont les plus vulnérables. Chaque année, 800 000 enfants meurent des suites du paludisme. Le paludisme lors de la grossesse enclenche un cycle vicieux de mauvaise santé en Afrique, faisant que les bébés naissent avec une insuffisance pondérale à la naissance (IPN), aggravant le risque de décès néonatal et infantile.

Il existe des interventions efficaces pour rompre ce cycle, telles que les moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) et le traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse. Ces dernières années, une plus grande attention et des ressources plus importantes accordées à la lutte contre le paludisme ont permis de nettement étendre la couverture des interventions antipaludiques, surtout pour les enfants. Une réduction supplémentaire de la charge des problèmes liés au paludisme, surtout lors de la grossesse, repose sur de solides liens entre les programmes de lutte contre le paludisme et les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), ainsi qu'une meilleure communication entre le domicile et l'établissement de santé. Les services de SMNI offrent le meilleur mécanisme que peuvent utiliser les interventions de prévention et de lutte antipaludiques pour avoir un impact significatif sur la santé néonatale. La question qui reste cependant est de savoir comment des programmes peuvent collaborer plus efficacement pour sauver un plus grand nombre de vies, non seulement du paludisme et de ses effets, mais également d'autres causes.



## Problème

L'Afrique supporte le plus grand fardeau du paludisme dans le monde : 800 000 décès d'enfants et environ 300 millions d'épisodes paludiques chaque année.<sup>1</sup> Le paludisme coûte à l'Afrique plus de 12 milliards \$US et ralentit la croissance économique de 1,3 % par habitant et par an.<sup>2</sup> Une prévalence élevée du paludisme n'est pas simplement une conséquence de la pauvreté ; c'est également une cause de pauvreté, puisque les pays où cette maladie est endémique ont des revenus plus faibles et une croissance économique plus lente. Chaque année, 30 millions de femmes tombent enceintes. Pour celles qui vivent dans les régions d'endémicité, le paludisme est une menace pour elles-mêmes et pour leurs bébés. L'anémie maternelle liée au paludisme lors de la grossesse, l'insuffisance pondérale à la naissance (IPN) et la prématurité sont responsables, d'après les estimations, de 75 000 à 200 000 décès par an en Afrique subsaharienne.<sup>3</sup> Les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables au paludisme, dont les effets sont récapitulés sur le Graphique III.8. I.

**Effets sur les femmes :** La grossesse modifie la réponse immunitaire au paludisme, surtout lors d'une première grossesse exposée à cette maladie, d'où un plus grand nombre d'épisodes ou une infection plus grave (par exemple, paludisme cérébral), ainsi que l'anémie, entraînant un risque élevé de mortalité. D'après les estimations, le paludisme est responsable de 15 % de l'anémie maternelle, qui est plus fréquente et plus grave lors des premières grossesses que pour celles ultérieures.<sup>3-5</sup> La fréquence et la gravité des effets indésirables du paludisme lors de la grossesse sont liées à l'intensité de la transmission du paludisme.

**Effets sur le fœtus :** Le paludisme est un facteur de risque de mortinatalité, surtout dans les régions à transmission instable, où les niveaux de paludisme varient énormément d'une saison et d'une année à l'autre, entraînant des taux plus faibles d'immunité partielle. Une étude faite en Ethiopie a constaté qu'il existe une grande corrélation entre la parasitémie placentaire et la naissance prématurée dans les régions à transmission stable et instable. La recherche a également constaté que, si la parasitémie placentaire était plus courante dans les régions à transmission stable, il existait pourtant un accroissement de l'ordre de sept fois du risque de mortinatalité dans les zones à transmission instable.<sup>6</sup> Même en Gambie, où le paludisme est très endémique, le risque de mortinatalité est deux fois plus élevé dans les régions avec transmission moins stable.<sup>7</sup>

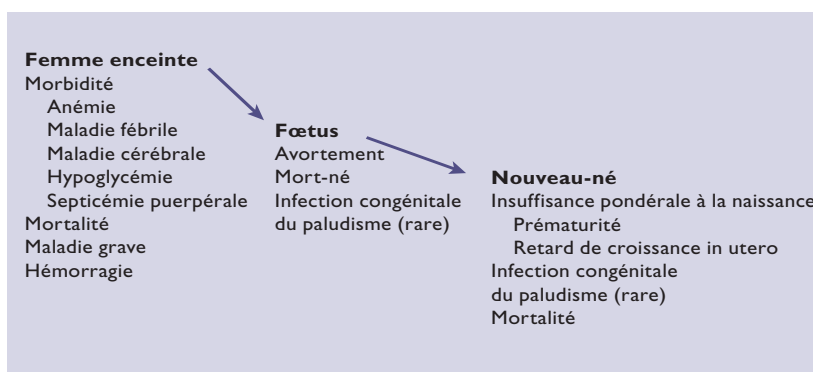
**Effets sur le bébé :** Le paludisme est rarement une cause directe du décès d'un nouveau-né, bien qu'il comporte un effet indirect significatif sur les décès néonataux puisque le paludisme lors de la grossesse est responsable de l'IPN - facteur de risque le plus important du décès d'un nouveau-né. Le paludisme est la cause de bébés avec IPN qui sont nés prématurés (nés trop tôt), petits pour l'âge gestationnel suite à un retard de croissance in utero ou prématurés et trop petits pour l'âge gestationnel (voir page 10 pour les définitions de la naissance prématurée et de la petite taille pour l'âge gestationnel). Aussi, est-il impératif que les programmes de SMNI s'attaquent au problème du paludisme chez la femme enceinte et que des soins néonataux spécifiques soient intégrés aux programmes de lutte contre le paludisme, précisant des soins supplémentaires pour les bébés avec IPN.

De plus, le paludisme pendant la grossesse influence indirectement la survie néonatale et infantile suite à ses effets sur la mortalité maternelle. Si une mère meurt lors de l'accouchement, son bébé est plus susceptible de mourir lui aussi et les enfants qui survivent connaîtront de graves conséquences sur leur santé, leur développement et leur survie.<sup>8</sup> Plusieurs études nous montrent que, lorsqu'une femme meurt lors d'un accouchement en Afrique, le bébé généralement n'a que peu de chance de survivre.<sup>9,10</sup>

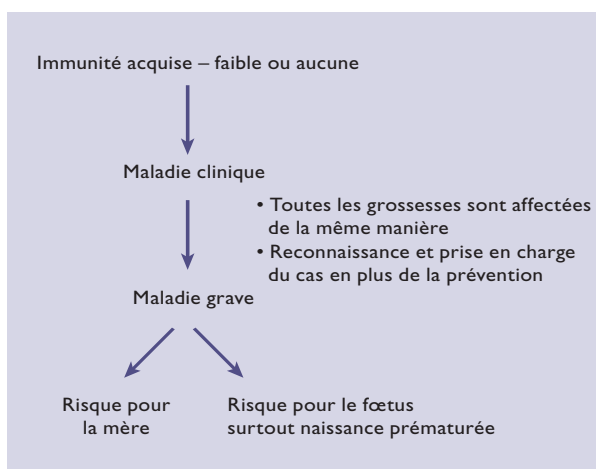
La recherche récente sur l'interaction entre le paludisme et l'infection à VIH lors de la grossesse indique que les femmes enceintes doublement infectées par le VIH et le paludisme sont plus susceptibles d'être anémiques et que leur bébé court un risque plus élevé d'IPN, de naissance prématurée et de décès que dans le cas de la seule infection à VIH ou seule infection paludique.<sup>12,13</sup> Les mêmes études montrent que le paludisme peut également accroître le risque de septicémie du post-partum pour la mère. Certains enquêteurs ont trouvé que le paludisme est responsable d'une répllication accrue du VIH et pourrait augmenter le risque de transmission mère-à-enfant

(TME), alors que d'autres avancent que le paludisme placentaire a un effet protecteur réduisant la TME du VIH.<sup>14,15</sup> Quel que soit le cas, dans les zones avec prévalence élevée du VIH et du paludisme, l'interaction entre les deux maladies comporte des implications importantes pour les programmes. Une prestation efficace répondant aux demandes du VIH/SIDA et du paludisme demande que soient renforcés les soins prénatals et les soins postnatals afin de pouvoir fournir une enveloppe d'interventions complètes et intégrées (Section III chapitres 2, 4 et 7).

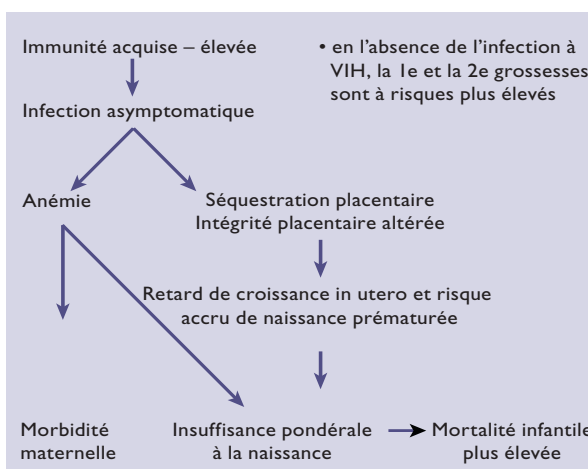
**GRAPHIQUE III.8.1 Conséquences du paludisme pendant la grossesse**



Conséquences néfastes du paludisme pendant la grossesse :  
Zones à transmission faible ou instable



Conséquences néfastes du paludisme pendant la grossesse :  
Zones à transmission élevée ou modérée (stable)



Source : Adapté de la référence<sup>11</sup>

Ce chapitre traite de l'enveloppe et la couverture actuelles des interventions antipaludiques pendant la grossesse et présente les possibilités d'intégrer une enveloppe complète antipaludique aux programmes de SMNI. Les défis seront également discutés, de pair avec les étapes pratiques.

**Enveloppe de soins et couverture actuelle**

Dans certaines régions, d'après les estimations, le paludisme est responsable de presque 30 % des causes évitables de l'IPN et la majorité de tous les décès néonataux se présentent chez des bébés avec IPN. Aussi, est-il crucial de prévenir et de gérer l'IPN, surtout la proportion de cas liés à une naissance prématurée qui comportent un risque bien plus élevé de décès que l'IPN à terme. Auparavant, l'on pensait que le paludisme provoquait essentiellement un retard de croissance in utero, mais d'après les travaux récents, le paludisme semble également accroître très nettement le risque de naissance prématurée.<sup>16</sup>

Les interventions de survie du nouveau-né tout au long de la continuité des soins ont été traitées à la Section II. Les interventions suivantes se sont avérées efficaces pour réduire les conséquences du paludisme lors de la grossesse.<sup>17</sup>

- *Prévention* en utilisant la lutte contre le vecteur, les MII et le TPI
- *Prise en charge* des femmes souffrant de paludisme et d'anémie grave liée au paludisme

Les stratégies de prévention et de lutte contre le paludisme lors de la grossesse peuvent varier en fonction du taux de transmission locale. Elles sont récapitulées dans le Tableau III.8.1.



**TABLEAU III.8.1 Stratégies d'intervention contre le paludisme pendant la grossesse, en fonction de l'intensité de transmission du paludisme**

	Moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII)	Traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse	Prise en charge des cas
Transmission élevée/moyenne toute l'année (stable)	Commencer l'utilisation des MII au début de la grossesse et continuer après l'accouchement	Administer aux femmes enceintes la dose standard de TPI lors de la première CPN prévue, après les premiers mouvements du fœtus. Lors de la visite routinière suivante, administrer une dose de TPI, avec un minimum de deux doses données à pas moins d'un mois d'intervalle.	Risque limité de maladie fébrile et de paludisme grave <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépister et traiter l'anémie avec des antipaludiques et des suppléments de fer</li> <li>• Reconnaître et traiter rapidement toutes les éventuelles maladies paludiques avec un médicament efficace</li> </ul>
Transmission élevée/moyenne saisonnière (stable)			
Faible transmission (instable)	Encourager les jeunes enfants à dormir sous des MII	En fonction des données actuelles, le TPI n'est pas recommandé dans ces régions.*	Risque élevé de maladie fébrile et d'anémie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque élevé de paludisme grave</li> <li>• Reconnaître et traiter rapidement toutes les éventuelles maladies paludiques avec un médicament efficace</li> <li>• Paludisme asymptomatique-dépister et traiter l'anémie avec un antipaludique et des suppléments de fer. Envisager P.vivax en Afrique orientale</li> </ul>

\* Dans les contextes à faible transmission, le risque de paludisme est faible et, par conséquent, il y aura nettement moins d'avantage à faire une utilisation de médicaments à titre de présomption. Vu que les femmes dans ces contextes sont plus susceptibles d'avoir des symptômes si elles ont une crise de paludisme, les programmes de lutte doivent se concentrer sur la prise en charge des cas et l'utilisation des MII.  
Source : Adapté de la référence<sup>1</sup>

### Prévention grâce aux moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII)

Les effets des MII sur le paludisme lors de la grossesse ont été étudiés dans le cadre de cinq essais aléatoires cas-témoins. Une analyse Cochrane récente a montré qu'en Afrique, l'utilisation des MII, comparée à la non-utilisation de moustiquaires, a permis de diminuer le paludisme placentaire pour toutes les grossesses (risque relatif (RR) 0,79, 95 % intervalle de confiance (IC) 0,63 à 0,98). L'utilisation des MII a également permis de réduire l'IPN (RR 0,77, 95 % IC 0,61 à 0,98), la mortalité et les avortements lors de la première à la quatrième grossesse (RR 0,67, 95 % IC 0,47 à 0,97) mais non pas chez les femmes multipares avec plus que quatre grossesses précédentes.<sup>18</sup> Pour l'anémie et le paludisme clinique, les résultats favorisaient l'utilisation des MII mais les effets n'étaient pas aussi significatifs. Aussi, les MII exercent une influence bénéfique sur l'issue de la grossesse dans les régions africaines où le paludisme est endémique lorsqu'elles sont utilisées par les communautés ou les femmes prises individuellement. Connaissant l'efficacité des MII pour les enfants et les femmes enceintes dans les contextes à transmission stable et instable, ainsi que la possibilité d'arriver à une couverture élevée pour les femmes et les enfants dans le cadre des consultations prénatales (CPN), les approches programmatiques qui sont recommandées consistent à distribuer des MII aux femmes enceintes dans tous les contextes de transmission en profitant de la consultation prénatale. Ainsi les nouveau-nés bénéficient directement des interventions de MII, surtout lors des premiers mois de la vie, lorsqu'ils sont particulièrement vulnérables au paludisme.

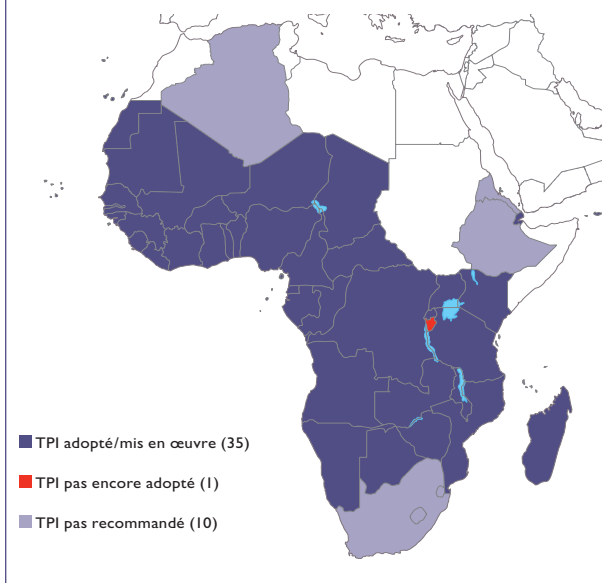
Quelques pays tels que l'Erythrée et le Malawi, sont arrivés à des taux de couverture du TPI de plus de 60 %, tant pour les femmes enceintes que pour les enfants (Encadré III.8.1). Une expansion rapide est notée dans plusieurs pays, tels que le Bénin,

le Niger, l'Ethiopie, le Kenya, le Togo et la Zambie et de nombreux pays semblent être sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de couverture. Les coûts élevés des moustiquaires et le manque de disponibilité des MII, surtout en Afrique orientale et australe, étaient parmi les grandes raisons expliquant une faible couverture par le passé. Le marketing social et autres activités ont réussi à étendre la couverture en MII parmi les secteurs les plus aisés de la communauté mais par contre, ils ont moins bien réussi à atteindre les communautés rurales pauvres qui sont celles le plus exposé au risque de contracter le paludisme. Aussi, les politiques ont-elles pris une nouvelle orientation et à présent, des MII gratuites ou très subventionnées sont distribuées aux femmes enceintes et aux enfants. Tel est le but du cadre stratégique revu de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme (RBM).<sup>19</sup> Une résolution récente de l'OMS recommande l'application d'approches rapides et efficaces par rapport aux coûts, notamment distribution gratuite ou très subventionnée de matériel et de médicaments pour les groupes vulnérables dans le but de couvrir au moins 80 % des femmes enceintes avec le TPI et les MII, lorsque c'est la méthode préférée de lutte contre le vecteur. De plus, un nombre croissant de femmes enceintes, surtout dans les régions à transmission instable, sont protégées contre le paludisme dans le cadre de programmes de pulvérisation résiduelle à l'intérieur des maisons.

### Prévention grâce au traitement préventif intermittent (TPI)

Le TPI consiste à administrer les doses complètes du traitement curatif d'un antipaludique efficace lors d'intervalles fixes pendant la grossesse, en commençant dès le second trimestre ou lors des premiers mouvements du fœtus. Cette intervention est administrée dans les services prénatals routiniers. Actuellement, le sulfadoxine-pyriméthamine (SP) est le seul médicament disponible pour le TPI. Les doses de TPI avec SP ne doivent

**GRAPHIQUE III.8.2 Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) pendant la grossesse : adoption et mise en œuvre dans la région africaine de l'OMS (août 2006)**



Source : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2006.

pas être données plus souvent qu'une fois par mois. Le TPI est recommandé dans les régions à transmission paludique stable, lorsque la plupart des infections paludiques lors de la grossesse sont asymptomatiques et lorsque l'approche habituelle de traitement des personnes symptomatiques n'est pas possible. Les données prouvant l'efficacité du TPI dans les régions à faible transmission où est utilisé le traitement symptomatique sont insuffisantes pour soutenir son utilisation dans ces contextes.

L'efficacité du TPI pour réduire l'anémie maternelle et l'IPN a été démontrée à partir des études faites au Kenya, au Malawi, au Mali et au Burkina Faso. Au Kenya, un essai administrant du SP à deux reprises lors de la grossesse dans le cadre de la consultation prénatale a permis de réduire de 39 % l'anémie maternelle lors des premières grossesses tout en diminuant également les taux d'IPN.<sup>20</sup> Une autre étude faite à l'Ouest du Kenya a démontré que le protocole de SP de deux doses était adéquat dans les régions à faible prévalence du VIH, mais que

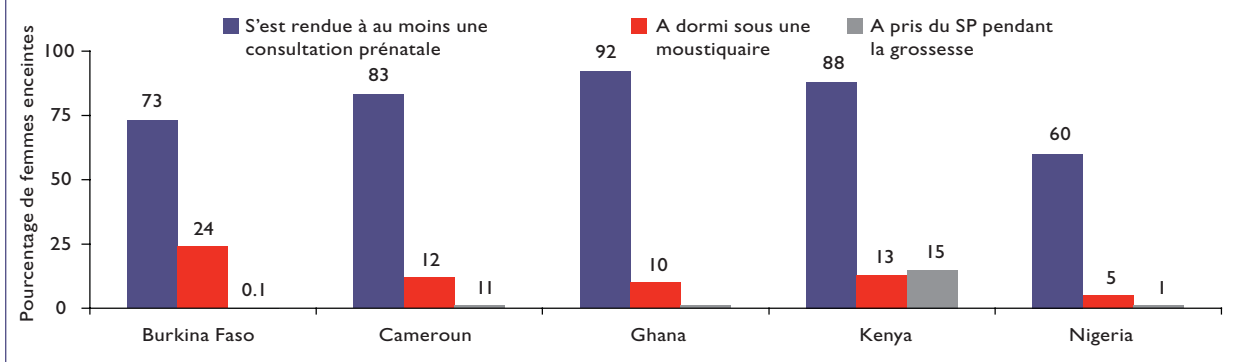
des doses supplémentaires s'avéraient nécessaires dans les régions avec une prévalence élevée du VIH.<sup>21</sup> Dans l'optique programmatique, le TPI avec SP est une intervention faisable puisque le SP est administré comme traitement sous observation directe lors de la consultation prénatale puisqu'une proportion élevée de femmes enceintes dans la plupart des pays africains consultent les services de santé pendant la grossesse. Par ailleurs, le SP pour le TPI est probablement moins efficace à cause de la résistance au SP, surtout en Afrique orientale et australe. Les femmes enceintes peuvent bénéficier actuellement du TPI avec SP, bien qu'il faille de toute urgence trouver d'autres médicaments qui sont sans risques, peu chers et d'administration facile.

Le Graphique III.8.2 fait le point de la mise en œuvre des politiques relatives au TPI dans la région Afrique/OMS. A l'exception d'un seul pays, tous les pays de la région ont adopté le TPI comme politique de prévention et de lutte contre le paludisme pendant la grossesse mais par contre, la mise en œuvre de cette politique reste très faible dans la plupart des pays. Dans les autres pays, le TPI n'est pas la politique recommandée vu le mode de transmission puisque l'efficacité du TPI n'est pas prouvée dans les régions à faible transmission.

Les données de 11 enquêtes démographiques et de santé (EDS) de ces trois dernières années indiquent que, si les deux tiers des femmes enceintes viennent à au moins une consultation prénatale, 10 % seulement pourtant ont pris au moins une dose de SP (Graphique III.8.3). Plus lente qu'on ne l'avait peut-être anticipée, l'utilisation du TPI a pourtant augmenté dans les pays où ce protocole est devenu la politique nationale de lutte contre le paludisme (1993 au Malawi, 1998 au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie et 2002 en Zambie). La couverture en MII dans ces pays s'élève de 5 % à 35 %.<sup>22</sup>

Le Graphique III.8.3 met en exergue les occasions ratées lorsque des mères qui se rendent à une consultation prénatale ne reçoivent pas des services intégrés et efficaces. Mains facteurs en sont responsables, notamment le manque de connaissances, puisqu'on ne pense pas que le TPI est nécessaire pour les femmes enceintes ; le caractère tardif et peu fréquent des consultations prénatales ; les inadéquations du système de santé, notamment les pénuries en MII, SP ou fer/folate ; le manque de ressources humaines, l'hésitation, de la part des prestataires, à prescrire le SP lors de la grossesse, de faibles services de laboratoire pour soutenir la prise en charge des cas et de faibles systèmes de suivi et systèmes d'orientation-recours venant soutenir la prise en charge des cas.

**GRAPHIQUE III.8.3 Occasions ratées : absence des principales interventions antipaludiques dans les consultations prénatales**



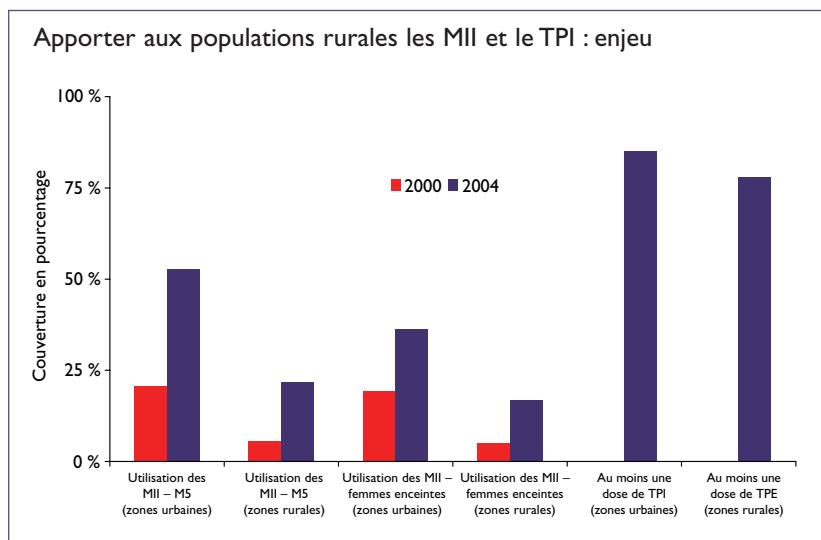
Source : Données de l'enquête démographique et de santé, 2003-2004

Si la connaissance du paludisme et la fréquentation de la consultation prénatale sont généralement élevées dans les populations africaines, plusieurs études n'en montrent pas moins que cette connaissance ne se traduit pas forcément en demandes accrues pour le TPI ou en couverture de TPI plus étendue dans le cadre des consultations prénatales.<sup>23-25</sup> Ces résultats sont corroborés par plusieurs autres études et une faible utilisation semble être liée au manque de fournitures de

SP dans les services, aux opinions négatives tant chez les agents de santé que chez les femmes concernant l'utilité de la stratégie, et aux préoccupations quant à l'utilisation de ce médicament pendant la grossesse.<sup>25-27</sup> De plus, le SP n'est pris que lors des second et troisième trimestres et, par conséquent, le moment des consultations prénatales et le calendrier recommandé du TPI risquent d'entraver la mise en œuvre de cette stratégie (Section III chapitre 2).

### ENCADRÉ III.8.1 Progrès vers la prévention du paludisme au Malawi : expansion rapide de l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) et du traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse

Selon l'enquête nationale sur le paludisme faite auprès des ménages en mars 2004 au Malawi, 53 % des enfants des zones urbaines et 22 % des enfants des zones rurales de moins de cinq ans et 36 % et 17 % des femmes enceintes des zones urbaines et rurales, respectivement, dorment sous une MII. Si l'écart reste notable entre les populations



urbaines et rurales, cela n'en dénote pas moins un bon progrès depuis l'an 2000 et un pas en avant dans la bonne direction pour atteindre les populations peu desservies. Dans l'ensemble, la couverture est en train de s'étendre. Avec la distribution de 1,8 million de moustiquaires supplémentaires depuis l'enquête de mars 2004, on estime que la couverture des enfants et des femmes enceintes qui utilisent une MII s'élève respectivement, à 60 % et à 55 %. Dans l'ensemble, cela nous montre que la couverture est en train de s'étendre et que le Malawi atteindra probablement les objectifs d'Abuja concernant

la distribution des MII. Le Ministère de la Santé estime que la couverture des femmes enceintes recevant une seconde dose de TPI a augmenté, passant de 55 % en 2004 à 60 % à la fin de 2005. Bien des efforts ont dû être faits pour arriver à un tel progrès. Outre la distribution de MII, quatre millions de trousse de traitement ont été achetées et distribuées en 2005 et trois millions de moustiquaires ont été traitées aux insecticides lors de la campagne annuelle de retraitement des moustiquaires.

L'attention accrue portée aux MII et au TPE au Malawi se note dans la réduction des taux de mortalité. De 1990 à 2000, les taux de mortalité infantile et juvénile sont restés les mêmes à 112 et à 187 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement. Par contre, ces quatre dernières années (2000-2004), on note un recul remarquable. Les données de l'EDS de 2004 indiquent que les taux de mortalité infantile et juvénile ont diminué à 76 et 133 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement. De telles améliorations sont notées dans tous les groupes d'âge, surtout pendant le premier mois de la vie. L'EDS note une diminution dans le taux de mortalité néonatale (TMN) de 40 à 27 pour 1 000 naissances vivantes. Une certaine incertitude entoure la mesure du TMN puisque l'EDS a tendance à sous-estimer le TMN, mais les progrès n'en restent pas moins évidents. Si l'association entre des efforts accrus de prévention du paludisme et un TMN moindre est une association au niveau écologique, il est probable que l'expansion des interventions antipaludiques a joué un rôle important dans la baisse observée des taux de mortalité.

Source : Enquêtes démographiques et de santé de 2000 et 2004 du Malawi et enquête nationale sur le paludisme auprès des ménages de 2004

Pour une plus ample discussion du TMN et du taux de mortalité des moins de cinq ans, voir la Section I et les notes de données, ainsi que le profil de pays du Malawi (page 200). Pour une plus ample discussion des pays qui progressent vers une réduction du TMN, voir la Section IV.

## Possibilités d'intégrer la SMNI et les programmes de lutte contre le paludisme

Les programmes de lutte contre le paludisme ciblent les femmes enceintes et bénéficient donc tant à la mère qu'au fœtus, d'où en une meilleure santé pour le nouveau-né et l'enfant. On a également remarqué que si les mères comprennent que les interventions protègent également leur bébé qui n'est pas encore né, elles surmontent leur propre peur pensant avant tout à leur enfant à venir. En Zambie, le TPI n'était guère utilisé car on pensait que le SP était « trop fort » et dangereux pour le fœtus. Mais lorsque les agents de santé ont changé le message en se concentrant sur le bébé avant sa naissance, on a noté une meilleure observance du SP.<sup>22</sup> Ces messages nous montrent combien il est important d'envisager la santé de la mère et de l'enfant ensemble et combien sont importants des liens plus solides entre les programmes antipaludiques et la SMNI. Il existe plusieurs possibilités de renforcer la santé du nouveau-né dans le cadre des programmes antipaludiques. Il s'agit d'approches directes et indirectes.

**L'avantage direct sur la vie du nouveau-né** viendra de la couverture plus étendue du TPI et des MII et de la meilleure prise en charge des femmes enceintes souffrant de paludisme. Les CPN étant le point d'entrée logique des services antipaludiques (TPI et MII), une solide collaboration est nécessaire entre les programmes antipaludiques et de SMNI, surtout sous l'angle formation, approvisionnement en médicaments et fournitures sanitaires, éducation pour la santé, etc. Par exemple, les produits nécessaires aux interventions TPI et MII sont souvent achetés par les programmes de lutte antipaludique, mais les interventions sont généralement mises en œuvre par l'intermédiaire des services de santé de la reproduction. Aussi, est-ce une occasion d'intégrer les programmes, même en allant plus loin que les programmes antipaludiques et de SMNI, bien que le manque de communication puisse minimiser les gains possibles.

L'utilisation des prestataires privés et des organisations communautaires pour fournir plus de services est une autre possibilité qui n'a pas été assez explorée. Par le passé, la distribution des MII était reliée aux programmes communautaires, mais le TPI se confinait aux établissements de santé. Un grand nombre des mères vivent loin de ces établissements et souvent elles ne profitent pas de cette intervention. L'information nous provenant de programmes communautaires en Ouganda, au Kenya et au Zambie nous montre que la fourniture communautaire du TPI est non seulement pour améliorer la couverture, mais augmente également la fréquentation des CPN à un moment important lors de la grossesse. Les programmes communautaires doivent soutenir et compléter les services de l'établissement de santé et vice-versa. Il faut notamment encourager les liens de trois axes entre les services communautaires pour la santé néonatale, les programmes de lutte antipaludique et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME-C) à base communautaire.

**L'avantage indirect pour les nouveau-nés** est dû à l'investissement dans les programmes antipaludiques qui aboutissent au renforcement du système sanitaire général, notamment la consultation prénatale et les soins postnatals. L'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) est le chef de file de cette approche à l'investissement dans le système de santé en

utilisant des fonds réservés aux vaccinations qui relèvent d'un programme plus vertical. Même sans ce niveau élevé d'investissement, une approche analogue de la part de programmes antipaludiques verticaux en vue de renforcer l'infrastructure, la capacité et l'approvisionnement au niveau local pourra bénéficier tant à la couverture antipaludique qu'à d'autres interventions essentielles de SMNI.

Il existe plusieurs autres possibilités de forger des liens novateurs.

- Lorsque les communautés sont sensibilisées à l'obtention de soins rapides pour les bébés souffrant de paludisme, on pourra également les éduquer sur les signes de danger pour les femmes enceintes et les nouveau-nés.
- Lorsque les agents de santé communautaires (ASC) reçoivent une formation portant sur la prise en charge des enfants souffrant de paludisme, on pourra également apporter une formation sur les soins du nouveau-né.
- Lorsque l'approvisionnement pour le traitement du paludisme est renforcé, les médicaments pour le traitement de la septicémie qui se présente également avec de la fièvre pourront être donnés au nouveau-né avant de les transférer vers les services compétents.
- Les stratégies pour la communication soutenant le changement de comportement peuvent être élargies et donner également des messages de santé qui bénéficient tant à la mère qu'au nouveau-né, tout en intégrant des messages spécifiques sur le paludisme, par exemple, l'importance pour la mère de dormir avec son bébé sous une moustiquaire.
- La prise en charge des femmes avec paludisme ou grave anémie peut être intégrée aux soins obstétricaux d'urgence.

## Défis entravant l'intégration des programmes de SMNI et de lutte contre le paludisme

Les programmes antipaludiques ont fort bien réussi à saisir l'attention du monde et à exploiter les possibilités politiques. Le partenariat RBM est à l'ordre du jour des politiques mondiales et nationales. Le financement a augmenté pour le paludisme et la couverture en interventions essentielles, surtout le TPI, est en train de s'étendre rapidement. Si les programmes de SMNI et de lutte contre le paludisme travaillent main dans la main, nous avancerons plus rapidement vers le quatrième et le cinquième Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (survie infantile et maternelle), ainsi que vers l'OMD 6 pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Pour que soit obtenu le maximum de gains dans la lutte contre le paludisme et la SMNI, les interventions antipaludiques doivent être mises en œuvre dans un système de santé fonctionnel et efficace, avec des CPN de haute qualité, de solides systèmes de santé qui soulignent l'importance du dépistage des complications, ainsi que le traitement et/ou le transfert rapides. Malheureusement, les obstacles continuent à se dresser car les politiques qui normalement favorisent ces possibilités d'intégration, ne sont pas mises en œuvre. Les faiblesses générales du système de santé constituent un autre obstacle.

### Des défis à relever dans la sphère politique

Au niveau de la politique nationale, les programmes de lutte contre le paludisme et les programmes de santé de la reproduction relèvent généralement de divisions différentes au sein du Ministère de la Santé. Cette séparation freine la collaboration et est souvent cause de double emploi ou confusion. Par exemple, dans tel pays, le programme de santé de la reproduction relève de la commission de santé communautaire, alors que la lutte antipaludique fait partie de la lutte contre les maladies transmissibles. Ces deux divisions ont des réunions séparées et, par conséquent, les décisions sont souvent prises sans consultation sur les implications pour l'autre programme. Le problème s'intensifie encore lorsque ne sont pas bien définies les responsabilités de chaque programme. Les approches utilisées par le passé pour la prévention du paludisme étaient verticales, fragmentées et rarement intégrées aux services de SMNI, d'où un accès limité et peu d'impact sur la santé publique. Il est urgent d'arriver à une collaboration multilatérale dans chaque pays pour traiter le problème du paludisme chez la femme enceinte tout en renforçant les services routiniers de SMNI et en reliant avec d'autres interventions, telles que la lutte contre le VIH et les soins liés aux infections sexuellement transmissibles (IST). Les efforts en vue de traduire dans les faits la Déclaration d'Abuja continuent à être imprégnés par la bonne combinaison de dynamisme politique, de synergie institutionnelle et de consensus technique nécessaires pour combattre le paludisme.

A un niveau plus programmatique, il faudra envisager la politique du traitement antipaludique dans le contexte particulier du

paludisme pendant la grossesse. Suivant les recommandations de l'OMS, la plupart des pays africains sont passés des monothérapies à l'association médicamenteuse à base d'artémisinine (ACT). Par ailleurs, les dérivés de l'artémisinine ne sont pas encore recommandés pour le traitement du paludisme lors du premier trimestre, à moins qu'il n'existe aucune autre option adéquate. Les ACT sont recommandés pendant le second et le troisième trimestre. La quinine est le médicament de première intention lors de la grossesse, bien qu'il existe des problèmes au niveau de l'observance puisque la quinine doit être administrée sur une période de sept jours. Le traitement du paludisme chez les enfants qui pèsent moins de 5 kg est un autre problème puisque les ACT ne sont pas recommandés en un tel cas. Le traitement recommandé pour ces enfants est à base de quinine.

Dans les cas où le SP a été retiré pour le traitement du paludisme, il est parfois difficile de rationaliser l'approbation du SP pour le TPI par les conseils pharmaceutiques ou autres services de réglementation. L'apparition de la résistance du *P. falciparum* au SP, établie à présent dans un grand nombre de pays africains, soulève des préoccupations quant à l'efficacité du SP pour le TPI. Le fait qu'il n'existe que peu de données pour guider les pays avec des niveaux modérés à élevés de résistance du SP concernant l'utilisation de SP pour le TPI est de mauvaise augure pour l'avenir de cette stratégie. Une réunion consultative de l'OMS, tenue en octobre 2005, a mis les choses en clair (Encadré III.8.2).

### ENCADRÉ III.8.2 Recommandations de la réunion consultative de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur l'utilisation du SP dans des contextes avec différents niveaux de résistance au SP

L'OMS fait les recommandations suivantes pour la prévention et la lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans les endroits avec des niveaux modérés à élevés de résistance au SP :

**Dans les régions où l'on note jusqu'à 30 % d'échec parasitologique à D14**, les pays devraient :

- Continuer à appliquer ou adopter une politique avec au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse avec du SP ; appliquer d'autres mesures de lutte antipaludique, telle que l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) ainsi que la prise en charge de l'anémie et du paludisme
- Evaluer continuellement l'impact du SP pour le TPI

**Dans les régions où l'on note entre 30 % et 50 % d'échec parasitologique à D14**, les pays devraient :

- Continuer à appliquer ou à adopter une politique avec au moins deux doses de TPI avec du SP
- Insister sur l'utilisation des MII
- Renforcer la prise en charge de l'anémie et du paludisme
- Evaluer continuellement l'impact du SP pour le TPI

**Dans les régions où l'on note 50 % d'échec parasitologique à D14**, les pays devraient :

- Insister sur l'utilisation des MII ainsi que sur la prise en charge de l'anémie et du paludisme
- S'il existe déjà une politique adéquate, continuer le TPI avec au moins deux doses de SP ; évaluer continuellement l'impact
- Si une politique n'existe pas, envisager d'adopter le TPI avec SP uniquement lorsqu'on dispose de plus de données

Source : Référence<sup>28</sup>



### Faibles systèmes de santé

Même lorsqu'une bonne politique existe, les faiblesses du système de santé, surtout les pénuries en ressources humaines et les problèmes d'approvisionnement en produits peuvent freiner la mise en œuvre des programmes. Le diagnostic du paludisme, surtout dans les contextes à transmission élevée, présente toujours un défi. En effet, des agents de santé surchargés de travail et des politiques de traitement changeantes sans formation adéquate en cours d'emploi expliquent souvent la mauvaise qualité des services. Une évaluation de la qualité des consultations prénatales dans les établissements publics et privés en Tanzanie a montré, par exemple, que les directives de prescription de médicaments pour l'anémie et la prévention du paludisme n'étaient pas suivies.<sup>29</sup> La Section IV traite avec plus de détail les problèmes actuels concernant le personnel soignant, ainsi que les solutions possibles.

Un approvisionnement en médicaments et autres produits peut fiable ou inadéquat est un obstacle de taille qui se répercute sur le système entier. Plusieurs des interventions efficaces proposées pour améliorer rapidement la santé et la survie maternelles et néonatales dépendent de produits tels que le SP, les MII, le vaccin antitétanique et les antibiotiques. La fabrication et l'approvisionnement en MII, surtout les Long Lasting Insecticidal Nets (LLIN) n'ont pas pu suivre la demande en 2004 et 2005 mais par contre, ces goulots ont été résolus en 2006 puisque la production mondiale de moustiquaires dépassait les 70 millions pendant l'année. On a clairement besoin de prévisions exactes et ponctuelles sur l'approvisionnement.<sup>30</sup>

De faibles systèmes d'orientation-recours continuent également à entraver la prestation de soins. La reconnaissance des signes de danger et des complications au niveau communautaire doit être complétée par un mécanisme efficace de transfert vers les services compétents, puis de prestation de soins efficaces et de haute qualité dans l'établissement de santé. Une telle structure améliorera la prise en charge du paludisme et vérifiera que les urgences obstétricales et autres complications dépistées au niveau communautaire sont traitées par des soins qualifiés dans l'établissement de santé.

Le renforcement du système de santé demande de solides liens à tous les niveaux entre les groupes de la SMNI et ceux s'attaquant aux causes spécifiques, telles que le paludisme ou le VIH. L'intégration récente de partenariats mondiaux créant le partenariat de la santé maternelle, néonatale et infantile (PSMNI) renferme de grandes possibilités d'intégration et de communication améliorée avec le partenariat RBM et d'autres initiatives particulières. Il est important de se donner des mécanismes garantissant une bonne communication et un échange d'information entre les différents partenariats afin de faciliter l'échange d'idées, d'expériences et de meilleures pratique et de simplifier les opérations, d'augmenter le financement et de vérifier un approvisionnement fiable, évitant ainsi tout double emploi et améliorant l'issue pour une meilleure santé des enfants et des mères.

### Étapes pratiques pour faire progresser l'intégration

Ce chapitre souligne que l'impact des programmes de lutte contre le paludisme sur la santé néonatale est réalisé par le biais de services efficaces de SMNI. Aussi, existe-t-il un besoin fondamental de faire converger les programmes antipaludiques et de SMNI, processus qui peut être renforcé par les étapes suivantes.

**Recommander une approche holistique qui garantit un financement pour renforcer la continuité des soins.** Il est de toute première importance de se donner une approche holistique à la SMNI dans les mécanismes de financement du combat contre le paludisme. Notons à cet effet la possibilité d'étendre les services dans la lutte contre le paludisme lors de la grossesse et d'inclure les interventions néonatales grâce au soutien apporté par le Fonds mondial de la Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, l'Initiative présidentielle contre le Paludisme et le Booster Programme de la Banque mondiale, ainsi que par d'autres fonds. La naissance prématurée provenant de la parasitémie du paludisme justifie pleinement l'inclusion d'interventions focalisées aux niveaux communautaire et clinique dans une proposition de financement de la lutte antipaludique.

**Intégrer les politiques, les directives d'exécution et la prestation dans les services de SMNI.** Les politiques facilitant la prestation et l'utilisation des diverses stratégies doivent être harmonisées entre les programmes de SMNI et ceux de lutte antipaludique. Dans la plupart des cas, les politiques sont formulées et publiées par un programme sans consultation ou examen des éventuels effets négatifs sur les autres programmes. Les directives d'exécution des politiques devront être revues pour vérifier que la santé néonatale est effectivement prise en compte plutôt que d'être simplement supposée.

**Saisir la possibilité de renforcer les services antipaludiques pour améliorer d'autres soins dans le cadre des consultations prénatales et des programmes de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME).** En s'attaquant aux obstacles qui entravent la lutte antipaludique, on améliore



également d'autres conditions dans les CPN et la PCIME, avec tous les avantages qui en résultent pour les mères et les enfants. Par exemple, lorsqu'on renforce les services antipaludiques dans les CPN et la PCIME, d'autres aspects peuvent être améliorés, surtout en recommandant la fourniture d'autres services et produits. La distribution des MII lors des consultations prénatales et autres événements communautaires a effectivement permis d'augmenter la fréquentation de ces services. Une meilleure orientation de la septicémie néonatale vers les services compétents peut être intégrée aux efforts d'amélioration de la prise en charge des enfants souffrant de paludisme. Souvent, les politiques de lutte antipaludique sont vues d'un bon œil par les décideurs et il faut donc saisir cette bonne volonté en recommandant une enveloppe minimale traitant des conditions spéciales de la fièvre paludique chez le nouveau-né.

**Saisir la possibilité de renforcer les laboratoires et l'approvisionnement en antipaludiques pour améliorer la logistique générale des fournitures nécessaires aux urgences obstétricales, aux soins néonataux et à la PCIME.** Un meilleur approvisionnement en médicaments et autres fournitures et une meilleure gestion des produits et des services de laboratoire renforceront non seulement les programmes antipaludiques, mais également le traitement de la septicémie néonatale et la fourniture de soins obstétricaux d'urgence. Les liens avec les programmes antipaludiques renforceront la PCIME en répondant aux besoins de fournitures en médicaments prétransfert utilisés pour le traitement de la septicémie néonatale en particulier (Section III chapitre 5).

**Saisir la possibilité de mobilisation sociale et de techniques de communication pour le changement comportemental pour augmenter la demande pour les services de SMNI.** La reconnaissance rapide des signes de danger chez les mères, les nouveau-nés et les enfants doit être intégrée à la mobilisation sociale et aux interventions de communication au niveau communautaire, en se servant de toute une panoplie d'outils et d'approches, allant des mass media à la communication interpersonnelle. A la reconnaissance des signes de danger du paludisme et du traitement de cette infection à domicile, on pourra ajouter la reconnaissance des signes de danger chez les nouveau-nés et signes de complications obstétricales. Les interventions de communication peuvent créer une demande pour des services de soins de santé néonatale, surtout dans les pays où les mères et les bébés restent généralement à la maison pendant plusieurs jours. Une autre possibilité consiste à ajouter des trousseaux d'accouchement propre aux trousseaux de médicaments préconditionnés distribués pour le traitement à domicile du paludisme.

## Conclusion

L'amélioration de la santé du nouveau-né dans des contextes aux ressources limitées relève certes d'un immense défi et pourtant on peut le relever, il n'est pas insurmontable. La morbidité et la mortalité néonatales ne sont pas imputables à une seule cause, mais à de multiples facteurs qui peuvent donc être pris en charge dans le cadre des programmes existants. Le paludisme est l'un des facteurs se répercutant sur la santé de la mère et expliquant la mauvaise santé du bébé. Il existe des interventions efficaces pour traiter le paludisme lors de la grossesse, notamment l'utilisation de MII par les femmes enceintes et l'administration du TPI. Par ailleurs, la couverture de ces deux interventions

reste relativement faible à l'heure actuelle comparée aux CPN qui pourraient donc servir de tremplin. Pour étendre à plus grande échelle la fourniture du TPI, il est important de créer une demande chez les femmes enceintes pour ce traitement, dans le cadre des CPN, et de sensibiliser les familles et les communautés en leur montrant que les femmes enceintes et leurs bébés qui ne sont pas encore nés sont exposés au grave risque de contracter le paludisme. Il est également important d'améliorer l'approvisionnement et la gestion des produits. La résistance accrue au SP est un facteur pouvant avoir un effet négatif sur l'efficacité du TPI avec SP. Il est urgent de se donner d'autres prophylaxies antipaludiques pour le TPI et le traitement des femmes enceintes souffrant de paludisme.

Bénéficiant d'une plus grande attention politique et d'une plus grande disponibilité de ressources pour la prévention et la lutte antipaludique venant de divers secteurs, un plus grand nombre de femmes enceintes pourront recevoir le TPI et un plus grand nombre de femmes enceintes et leurs bébés dormiront sous des MII. Le nombre de mères et d'enfants bénéficiant d'un traitement efficace augmentera. Le contexte de financement soutient actuellement une plus grande intégration de la SMNI aux programmes de lutte contre le paludisme. La coordination entre les programmes de lutte contre le paludisme et de SMNI est nécessaire pour la mise en œuvre de services efficaces et intégrés.

## Actions prioritaires pour l'intégration des programmes de lutte contre le paludisme à la SMNI

- Recommander une approche holistique qui garantit un financement pour renforcer les enveloppes essentielles de SMNI le long de la continuité des soins.
- Intégrer les politiques, les directives d'exécution et la prestation de la lutte antipaludique aux services de SMNI.
- Saisir la possibilité de renforcer les services antipaludiques pour améliorer d'autres soins fournis dans le cadre des CPN et de la PCIME.
- Saisir la possibilité de renforcer les laboratoires et les fournitures d'antipaludiques pour améliorer la logistique de l'approvisionnement dans le cadre des soins obstétricaux d'urgence et soins néonataux, ainsi que pour la PCIME.
- Saisir la possibilité de mobilisation sociale et de techniques de communication pour le changement de comportement pour augmenter la demande pour les services de SMNI

## Programmes de vaccination

Ahmadu Yakubu, Jos Vandelaer, Gezahegn Mengiste, Fouzia Shafique, Tedbab Degefie, Robert Davis, Tunde Adegboyega

Par le passé, les programmes de vaccination s'attachaient à la prévention des maladies chez les nourrissons ou les enfants plus âgés. Par ailleurs, ils renferment le potentiel de sauver la vie du nouveau-né en prévenant le tétanos ou la rubéole chez les femmes. En Afrique subsaharienne, d'après les estimations, jusqu'à 70 000 nouveau-nés meurent chaque année pendant les quatre premières semaines de la vie suite au tétanos néonatal. Cette tragédie existe, alors que le tétanos néonatal peut être évité facilement à l'aide de deux injections de vaccin antitétanique pour 0,20 \$US lors de la grossesse ou en observant de bonnes mesures d'hygiène lors de l'accouchement. On cherche de plus en plus à éviter le syndrome de rubéole congénitale par vaccination.

Outre la prévention de ces maladies fatales, la vaccination des nouveau-nés et des futures mères dans le cadre de programmes tels que le Programme élargi de Vaccination (PEV) et l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI), offre de bonnes possibilités de renforcer ou de mettre sur pied d'autres interventions de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Des stratégies novatrices, telles que les Journées/ Semaines de Santé infantile ou les Journées de Vaccination, fournissent souvent une enveloppe d'autres interventions à part la vaccination et sont donc l'occasion de fournir des interventions visant tout particulièrement le nouveau-né, ainsi que des problèmes génériques de santé maternelle et néonatale.

Quelles sont les possibilités d'étendre à plus grande échelle les programmes de vaccination actuels pour sauver la vie des nouveau-nés et comment les services de vaccination peuvent-ils faciliter la prestation d'autres interventions importantes de SMNI ?



## Problème

Chaque année, plus de quatre millions d'enfants africains - y compris plus d'un million de nouveau-nés - meurent avant leur cinquième anniversaire et un grand nombre meurent de maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Les programmes de vaccination et d'immunisation sont d'importance vitale pour diminuer les décès, maladies et infirmités.<sup>1</sup> Tous les pays ont mis sur pied des programmes de vaccination mais le degré de couverture vaccinale est souvent lié au statut de développement du système de santé de chaque pays, à son infrastructure, à sa capacité de gestion et au financement disponible. Les lacunes dans la couverture vaccinale sont dues au fait qu'on n'arrive pas à atteindre les mères et les nouveau-nés que ce soit dans le cadre des consultations prénatales ou postnatales.



Aussi, le but de la couverture universelle, important tant du point de vue immunité qu'équité, n'a pas encore été réalisé.<sup>2</sup> Tenant compte de la charge du tétanos maternel et néonatal et du coût-efficacité de sa prévention, la santé maternelle et néonatale a tout à gagner de l'élimination du tétanos maternel et néonatal. L'absence d'une couverture complète et efficace, surtout pour la vaccination antitétanique et les occasions ratées au sein des programmes de vaccination ont autant d'effets négatifs pour les femmes que pour les nouveau-nés et les enfants.

**Effets sur les femmes :** Le tétanos maternel parce qu'il est un problème affligeant souvent les femmes pauvres qui n'ont pas été vaccinées et qui accouchent dans des conditions peu hygiéniques reste un problème peu connu.<sup>3</sup> La véritable tragédie, c'est que les décès imputables au tétanos pourraient être évités par des soins prénatals focalisés, la vaccination, de bonnes mesures d'hygiène lors de l'accouchement et des soins postnatals efficaces. Et pourtant, les programmes de vaccination, souvent, n'arrivent pas à couvrir les femmes avec deux doses de vaccin antitétanique ou plus (TT2+), en raison de la faiblesse de l'infrastructure du système de santé, avec toutes les conséquences que cela suppose essentiellement pour les groupes qui ont le moins d'accès aux soins, tels que les groupes minoritaires et les populations rurales.

**Effets sur les nouveau-nés :** Les infections, et notamment le tétanos, représentent 39 % des 1,16 million de décès de nouveau-nés qui surviennent chaque année en Afrique subsaharienne.<sup>4</sup> Par ailleurs, le taux de mortalité néonatale (TMN) élevé offre la possibilité d'arriver à un net recul de la mortalité imputable aux infections, surtout le tétanos. Selon des estimations récentes, le tétanos néonatal est responsable de jusqu'à 70 000 décès dans 30 pays africains, mais étant une maladie du pauvre, ces décès restent souvent invisibles et ces estimations sont entourées d'incertitude. Les taux de mortalité clinique pour le tétanos néonatal sont élevés et 70 % à 95 % des bébés souffrant de l'infection risquent de mourir s'ils ne reçoivent pas de soins intensifs.<sup>4</sup>

**Effets sur les enfants :** La protection que détient le nouveau-né contre le tétanos obtenue grâce à la transmission d'antitoxines tétaniques d'une mère vaccinée au fœtus pendant la grossesse ne durera pas jusqu'à l'enfance, exposant ainsi l'enfant qui grandit au risque de contracter l'infection. Les enfants devraient recevoir la série complète de vaccinations qui comprend le vaccin antitétanique. Dans la plupart des pays, les calendriers de vaccination comprennent le vaccin Bacille Calmette-Guérin (BCG), les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC), les vaccins antipoliomyélitiques par voie orale (OPV), le vaccin contre la rougeole et l'hépatite B. Ces vaccins visent à couvrir les enfants avant leur premier anniversaire. Les enfants auront besoin de plusieurs contacts avec le système de soins de santé pendant la première année de leur vie pour être entièrement protégés contre ces maladies pouvant être prévenues par la vaccination.

Certaines pratiques sociales et culturelles pourraient augmenter le risque de certaines affections qui sont évitables par vaccination, affectant négativement la couverture vaccinale. Par exemple, dans certaines communautés d'éleveurs, il est de coutume de placer de la bouse de vache sur le cordon ombilical puisque cela signifie que le bébé grandira et possèdera un cheptel important.<sup>5</sup> Seulement cette pratique comporte un énorme risque d'infection due au tétanos néonatal. Dans d'autres cas, les communautés risquent de refuser les vaccinations qui ciblent les femmes enceintes car elles l'interprètent comme une régulation des naissances.

## Abena - chaque nouveau-né compte

Abena - son nom signifie « fillette née un mardi » - a vu le jour dans une case obscure. Sa mère, Efua, n'avait pas d'argent pour se rendre à l'hôpital pour l'accouchement et c'est la tante d'Efua qui l'a aidée, coupant le cordon avec une lame de rasoir sale et couvrant le cordon d'Abena avec un vieux chiffon. D'abord, Abena tétait bien mais le troisième jour, Efua a noté qu'elle avait moins de force pour téter. Le quatrième jour, les muscles d'Abena étaient rigides, elle ne pouvait plus téter du tout et son petit corps était déchiré de spasmes. Sa vie n'a duré que cinq jours. La tante d'Efua a enterré le petit corps dans un champ d'ignames et a averti Efua qu'elle ne devait pas pleurer sinon les esprits emporteraient également son prochain enfant. Personne n'a noté ni la naissance ni le décès d'Abena.

## Enveloppe de soins

- La vaccination d'une proportion élevée de bébés avant, au moment de l'accouchement ou de suite après est essentielle pour assurer l'efficacité des vaccins qui permettent de réduire les décès ou les maladies lors de la prime enfance et par la suite. Les programmes de vaccination peuvent protéger la santé des bébés, non seulement en vaccinant les nouveau-nés lors de la période postnatale mais également en administrant les vaccins à la mère puisque cela bénéficie également au bébé. La plupart des vaccinations qui ciblent la santé néonatale, telles que la vaccination antitétanique et la vaccination contre la rubéole, sont administrées à la mère. C'est le vaccin antitétanique qui a le plus d'impact, bien que d'autres vaccinations données avant la grossesse, telles que la vaccination contre la rubéole, permettent également de sauver la vie et de réduire les taux de graves maladies et infirmités. Il existe également un certain nombre de vaccins administrés au bébé juste après la naissance, notamment :
  - Le vaccin BCG pour réduire le risque de tuberculose
  - Le vaccin contre l'hépatite B pour prévenir l'infection par l'hépatite B
  - L'OPV pour prévenir la poliomyélite

Ce chapitre est axé sur les vaccinations qui sauvent directement la vie des nouveau-nés, surtout la protection contre le tétanos. Il mentionne également le vaccin contre la rubéole. Il ébauche les vaccinations fournies pendant la période néonatale et discute des possibilités de renforcer les services de vaccination en fournissant d'autres interventions de SMNI et en collectant de meilleures données étayant la prise de décisions. Enfin, il fait une liste d'étapes pratiques pour intégrer les programmes de vaccination et de SMNI.

### Prévention du tétanos maternel et néonatal

Devant l'importance du tétanos maternel et néonatal, la communauté de la santé publique s'est donnée pour but d'éliminer cette maladie. L'élimination est définie comme moins d'un cas de tétanos néonatal pour 1 000 naissances vivantes par an au niveau district.<sup>6</sup> C'est différent de l'éradication qui, tel que le montrent les efforts contre la variole, constitue un effort concerté pour endiguer la propagation d'une maladie donnée. Le tétanos ne peut pas être entièrement éradiqué et, pour arriver à l'élimination et à la maintenir, des efforts continus sont nécessaires pour maintenir les cas à moins d'un pour 1 000 naissances vivantes par an. L'enveloppe des soins pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal (ETMN) repose sur l'administration à grande échelle du vaccin. Elle comprend également de bonnes mesures d'hygiène lors de l'accouchement et une surveillance active pour dépister et traiter les cas restants ou nouveaux cas de tétanos, même lorsqu'un pays est arrivé à éliminer la maladie.

### Administration du vaccin antitétanique aux femmes

La vaccination de la mère avant l'accouchement la protège elle-même et son nouveau-né contre le tétanos. Les consultations prénatales sont le principal point d'entrée programmatique pour la vaccination routinière contre le tétanos. Une femme enceinte devrait recevoir au moins deux doses pendant qu'elle est enceinte, à moins qu'elle ne soit déjà protégée par des vaccinations antitétaniques précédentes. Cinq doses de vaccin antitétanique lui confèrent une protection tout au long de ses années de procréation et même plus longtemps. Dans les régions qui ne disposent pas d'un solide système de santé, des activités vaccinales complémentaires (campagnes de ratisage) permettent de vacciner contre le tétanos toutes les femmes en âge de procréer.

### Bonnes mesures d'hygiène lors de l'accouchement pour toutes les femmes enceintes

Dans les régions où la couverture du vaccin antitétanique est faible, les systèmes de santé sont généralement trop précaires pour apporter aux femmes des soins qualifiés lors de l'accouchement et prévenir ainsi le tétanos maternel et néonatal. Il n'est guère aisé de vérifier la présence d'un prestataire qualifié à l'accouchement dans un continent où la plupart des femmes accouchent à la maison. Par contre, certaines stratégies communautaires ont effectivement réussi à encourager l'accouchement propre et les mesures d'hygiène à l'extérieur de l'établissement de santé. Prenons l'exemple du Kenya où une stratégie de changement comportemental s'attaquant aux habitudes à risque élevé après l'accouchement a permis une réduction de 90 % dans le tétanos néonatal chez les Masai, sans même augmenter la couverture antitétanique.<sup>5</sup>

### Surveillance active et réponse au tétanos maternel et néonatal

La surveillance des cas permet de dépister les régions avec des charges de morbidité spécifiques.<sup>7</sup> Il est regrettable que, malgré la loi, les naissances et les décès souvent ne soient pas enregistrés dans les pays africains et que des données fiables sur les causes spécifiques soient encore plus rares. Aussi, les cas de tétanos néonatal et les décès sont très sous-estimés, de moins de 20 % - et parfois, de moins de 1 % - des cas (voir Tableau III.9.1). Lorsqu'une surveillance fiable n'est pas disponible, des modèles servent à estimer l'impact des interventions sur la charge du tétanos néonatal. Différents modèles et différentes méthodes donnent des résultats variés et ont des objectifs, forces et faiblesses différents, tel que le montrent les notes de données à la page 226. Ces modèles cherchent essentiellement à estimer les progrès et à guider la prise de décisions.

**TABLEAU III.9.1 Sous-notification du tétanos néonatal en Afrique de l'Ouest**

Pays	Notifié	Efficacité de la notification
Bénin	10	7 %
Burkina Faso	8	<1 %
Côte d'Ivoire	95	6 %
Gambie	1	7 %
Ghana	105	4 %
Guinée	272	16 %
Guinée-Bissau	5	3 %
Liberia	166	20 %
Mali	31	1 %
Mauritanie	11	3 %
Niger	27	1 %
Nigeria	1871	4 %
Sénégal	16	1 %
Sierra Leone	0	0 %
Togo	39	11 %

Source : De la référence<sup>8</sup>. En fonction des cas notifiés et estimés de tétanos néonatal.

### Vaccination antirubéoleuse et prévention du syndrome de rubéole congénitale

Environ 100 000 bébés naissent chaque année dans le monde, atteints du syndrome de rubéole congénitale parce que leur mère a été infectée par la rubéole pendant la grossesse.<sup>9</sup> Le syndrome de rubéole congénitale peut entraîner une mort-naissance, un décès néonatal ou infantile ou encore des infirmités à long terme suite au retard de croissance, malformation congénitale, cataracte et surdité. On sait que le syndrome de rubéole congénitale est sous-notifié en Afrique<sup>10</sup> et la maladie n'est guère connue, les femmes risquant d'avoir des symptômes non spécifiques et non reconnus lors des premières semaines de la grossesse.<sup>11</sup>

Le syndrome de rubéole congénitale chez le nouveau-né est prévenu en évitant l'infection par la rubéole chez la mère lors du premier trimestre de la grossesse. La mère doit être immunisée contre la rubéole avant de tomber enceinte, soit par vaccination ou après une infection naturelle. La vaccination contre la rubéole pendant l'enfance préviendra cette infection plus tard dans la vie, mais si la couverture ne peut pas être maintenue à des niveaux élevés, les femmes adultes qui n'ont pas été vaccinées courent un risque plus élevé de contracter l'infection, d'où une plus grande susceptibilité au syndrome de rubéole congénitale. Aussi, une autre stratégie consiste-t-elle à vacciner les adolescentes et/ou les femmes en âge de procréer, soit dans le cadre d'une stratégie de vaccination routinière ou par une campagne, par exemple, dans les écoles.

L'OMS recommande que, dans les contextes à faible couverture, les gouvernements envisagent de vacciner les adolescentes et/ou les femmes en âge de procréer et, lorsque la couverture en DTC et contre la rougeole dépasse le niveau de 80 %, le pays pourra envisager d'introduire le vaccin contre la rubéole dans les programmes routiniers de vaccination infantile.<sup>11</sup>

### Immuniser les nouveau-nés pour une protection ultérieure dans la vie

Le vaccin antitétanique est l'exemple le plus évident d'un vaccin qui réduit les décès néonataux, bien qu'il existe d'autres vaccins qui protègent la santé tout au long du cycle de la vie. Ces interventions demandent un contact entre les services de santé et la mère et le bébé lors de la période postnatale. Les vaccins utilisés le plus souvent sont le BCG, le vaccin antipoliomyélitique et le vaccin contre l'hépatite B.

**Le vaccin de Calmette-Guérin contre la tuberculose et la lèpre :** Le BCG existe depuis 80 ans et c'est l'un des vaccins actuels les plus utilisés. Son effet de protection a été prouvé contre les causes les plus fréquentes de décès lié à la tuberculose lors de l'enfance, contre la méningite tuberculeuse et la tuberculose miliaire chez les enfants, ainsi que la lèpre. Par ailleurs, il ne prévient pas l'infection primaire et surtout, ne prévient la réactivation d'une infection pulmonaire latente, principale source de propagation bacillaire dans la communauté. Aussi, l'impact du BCG sur la transmission de l'agent infectieux, le bacille de Koch, est-il limité. Une couverture élevée du BCG indique que les nourrissons et leurs mères sont couverts par le système de soins de santé et qu'il existe donc des possibilités de fournir d'autres soins néonataux.

**Vaccination contre l'hépatite pour prévenir l'infection de l'hépatite de la mère à l'enfant :** Les conséquences de l'infection par le virus de l'hépatite B dépendent de l'âge : hépatite B avec signes cliniques, infection chronique, cirrhose et carcinome hépatocellulaire (cancer du foie). Plus l'enfant est infecté à un jeune âge, plus il court le risque de graves complications par la suite. D'après les estimations, plus de deux milliards de personnes dans le monde sont infectées par l'hépatite B, dont 360 millions souffrant d'infections chroniques avec risque de maladies graves et de décès imputables à la cirrhose et à l'hépatome. D'après les estimations, la cirrhose et l'hépatome sont responsables de 500 000 à 700 000 décès par an dans le monde. Les modes courants de transmission sont la transmission mère-à-enfant, la transmission enfant-à-enfant, les pratiques d'injection à risques, les transfusions de sang et le contact sexuel. Une vaccination avec 3-4 doses de vaccin antihépatite B provoque des niveaux protecteurs d'anticorps de plus de 95 % chez les personnes vaccinées durant au moins 15 ans et peut-être la vie entière. Divers programmes de vaccination sont utilisés pour la vaccination contre l'hépatite B dans le cadre des programmes nationaux en fonction de la situation épidémiologique locale et des divers aspects programmatiques. Dans la plupart des pays africains, la transmission mère-à-enfant est moins courante et, par conséquent, la vaccination peut être donnée plus tard en fonction de la faisabilité et du coût-efficacité du calendrier vaccinal optimal. Par contre, dans les pays où existe une proportion élevée d'infections par l'hépatite B acquise lors de l'enfance, la première dose du vaccin devrait être administrée aussi rapidement que possible (dans les 24 heures qui suivent) après la naissance.<sup>12</sup>

**Vaccination antipoliomyélitique par voie orale pour prévenir la poliomyélite :** La poliomyélite est une maladie transmissible aiguë causée par les types de poliovirus 1, 2 et 3 et transmise par contact personne-à-personne. En moyenne, seul 1 sur 200 infectés sera atteint de paralysie.<sup>13</sup> La poliomyélite est prévenue par vaccination, soit par un vaccin injectable inactivé (IPV) ou un vaccin oral préparé à partir de virus vivant (OPV), les deux sont généralement efficaces contre les trois types de poliovirus. L'utilisation répandue du vaccin OPV dans les services routiniers et par les campagnes est la pierre angulaire du programme mondial d'éradication de la poliomyélite. Le programme routinier de vaccination comporte quatre doses de vaccin antipoliomyélitique pendant la première année de la vie, dont la première est administrée à la naissance.

### Couverture et tendances actuelles

Les programmes de vaccination sont mis en œuvre depuis les années 70 et 80 et l'expansion de la couverture vaccinale a permis un net recul de la charge des maladies infectieuses infantiles. Et pourtant, selon les données de 2004, seuls 65 % des enfants de moins d'un an en Afrique subsaharienne reçoivent les trois doses des vaccins DTC3, alors que cette proportion s'élève à 78 % à l'échelle mondiale.<sup>14</sup> Certes, les vaccinations sauvent des millions de vies chaque année et pourtant, il existe encore une marge d'amélioration possible, surtout auprès de populations qui ne bénéficient pas de services sanitaires réguliers.

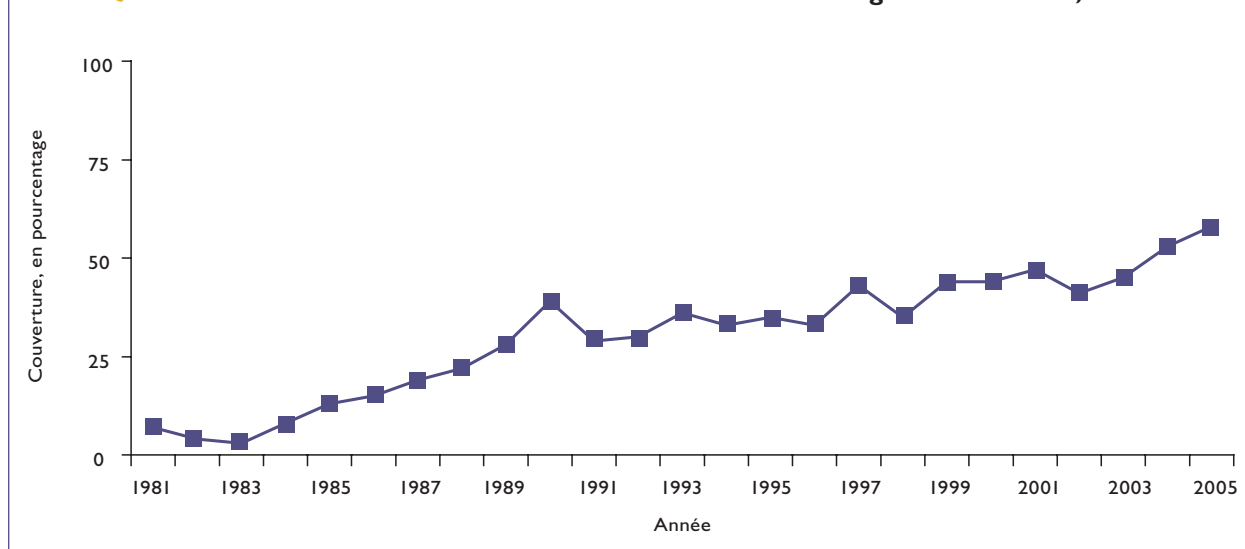
#### Tétanos

La vaccination antitétanique routinière chez les femmes enceintes, ou couverture TT2+ dans la région africaine, s'élevait à 37 % en 1990, 44 % en 2000 et s'est étendue aux alentours de 58 % en 2005.<sup>14,15</sup> (Graphique III.9.1) Outre une couverture plus grande, un plus grand nombre de gouvernements se sont engagés



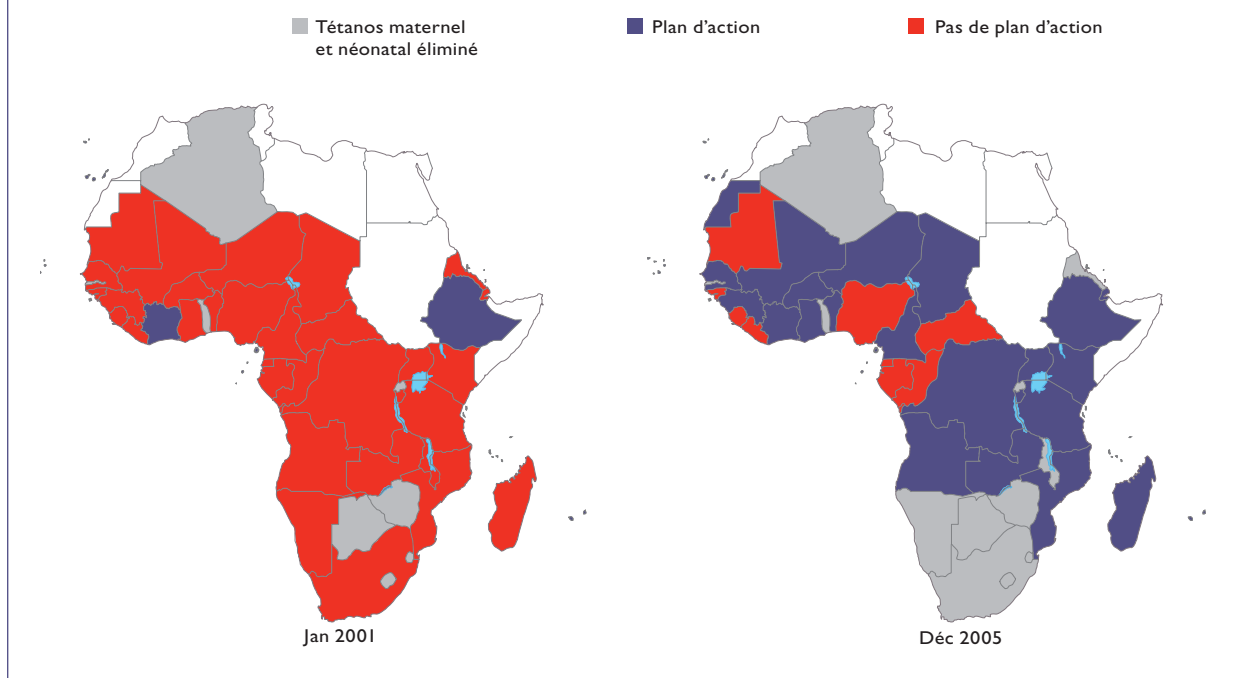
à présent à diminuer le tétanos maternel et néonatal, tel que le montre les plans d'action nationaux (Graphique III.9.2). Pour accélérer les progrès en vue d'éliminer le tétanos maternel et néonatal, l'opération de ratissage a été adoptée sur l'ensemble de la région, ciblant les femmes en âge de procréer dans les zones à risque élevé avec trois doses de vaccin antitétanique. Cette approche a permis de vacciner plus de 20 millions de femmes dans 21 pays africains vivant dans des régions peu desservies. Ces femmes et leurs enfants auraient été exposés au risque de contracter le tétanos maternel et néonatal.<sup>16</sup> De plus, des améliorations dans les vaccinations infantiles ou la couverture du DTC3 auront également un impact à plus long terme puisque les doses infantiles de DTC éviteront aux futures mères de recevoir de multiples rappels du vaccin antitétanique lors de l'âge adulte.

**GRAPHIQUE III.9.1** Tendence notifiée de la couverture en I12+ dans la région OMS/AFRO, 1981-2005



Source : OMS, profil mondial et régional de vaccination, région Afrique, 2005.

**GRAPHIQUE III.9.2 Progrès en vue d'éliminer le tétanos maternel et néonatal en Afrique : formulation de plans d'action nationaux pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal**



Source : Office régional Afrique de l'OMS, 2005

### Rubéole

La vaccination routinière contre la rubéole reste l'exception dans la plupart des pays africains. En 2004, seuls deux pays africains indiquaient que leurs programmes de vaccination infantile incluaient un vaccin contre la rubéole.<sup>17</sup> Très peu de cas du syndrome de rubéole congénitale sont notifiés actuellement à l'OMS, bien que les études indiquent que la rubéole est souvent sous-estimée.<sup>9,18</sup>

### BCG, vaccin antihépatite B et vaccin antipoliomyélitique par voie buccale

En 2004, 76 % des nouveau-nés ont reçu le BCG en Afrique subsaharienne, proportion qui est restée stable ces dernières années.<sup>14</sup> Tous les pays de l'Afrique subsaharienne utilisent le vaccin et tous, à l'exception d'un seul, l'administrent à la naissance. Quatre des 30 pays de l'Afrique subsaharienne qui signalent l'administration du vaccin antihépatite B administrent une dose à la naissance.<sup>17</sup> En ce qui concerne la poliomyélite, l'effort mondial en vue d'éradiquer cette maladie l'a retranchée dans juste quelques pays avec environ 1 000 à 2 000 cas se présentant annuellement. Le vaccin antipoliomyélitique par voie buccale est utilisé dans tous les pays de l'Afrique subsaharienne et dans 37 d'entre eux, une dose de ce vaccin est donnée à la naissance dans le cadre des vaccinations routinières.

### Possibilités d'intégrer la vaccination et la SMNI

Les services de vaccination et de SMNI sont des 'partenaires' naturels vu qu'ils ciblent les mêmes groupes. On reconnaît à présent que les possibilités de relier les vaccinations à d'autres interventions doivent être étudiées davantage pour que les programmes de santé puissent avoir l'impact le plus bénéfique possible. Par exemple, la vision et la Stratégie de Vaccination mondiale a décrit cette intégration comme l'un de ses quatre

axes stratégiques primaires et l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) a octroyé 500 millions \$US pour soutenir le renforcement des systèmes de santé, bénéficiant ainsi à toutes les prestations sanitaires, y compris la SMNI. Souvent, les services de vaccination ont accès aux communautés, leur permettant une fourniture équitable des vaccins.<sup>2,19</sup> Les programmes sont souples et utilisent diverses approches dont les postes fixes, les stratégies avancées et les équipes mobiles suivant la distance à couvrir et la population ciblée. On note quelques exemples de vaccination et autres interventions visant tout particulièrement l'amélioration de la santé néonatale. Un certain nombre de pays étudient les quatre possibilités suivantes qui servent de fondement aux initiatives d'une intégration plus poussée.

### 1. Consultations prénatales et services de vaccinations routinières

Il existe plusieurs points d'entrée pour intégrer la SMNI et les programmes de vaccination, surtout le vaccin contre le tétanos maternel et néonatal. Possibilité évidente en ce qui concerne la vaccination des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer pour les protéger contre le tétanos. La couverture prénatale est relativement élevée en Afrique - 69 % - représente une bonne possibilité pour des interventions biomédicales et comportementales, notamment la vaccination des femmes contre le tétanos, la recommandation de soins qualifiés lors de l'accouchement et les pratiques hygiéniques pour les soins du cordon. Possibilité d'ailleurs d'autant meilleure dans les endroits avec fréquentation élevée en CPN. Dans 15 pays de l'Afrique subsaharienne, la couverture de femmes venant à au moins une consultation prénatale est de 90 % ou plus élevée.<sup>14</sup> (Voir Section II chapitre 2) Les CPN représentent une excellente possibilité de fournir une enveloppe d'interventions





sanitaires avec administration du vaccin antitétanique dans les établissements de santé.

## 2. Journées de Vaccination, Journées/Semaines de Santé de l'Enfant et interventions analogues

Plusieurs pays organisent actuellement des Journées de Santé de l'Enfant ou des Journées de Vaccination. Si les noms sont parfois différents, ces activités partagent pourtant le même but qui est de fournir régulièrement une série d'interventions (tous les trimestres ou tous les six mois) en mobilisant un grand nombre d'agents de santé. Ces activités sont plus fréquentes et moins verticales que les campagnes de vaccination. Elles se déroulent à partir de postes fixes, tels que les établissements de santé, dans les postes temporaires tels que les marchés, les écoles, les églises et se servent d'approches communautaires avec des équipes qui vont de porte-à-porte pour réaliser les interventions. Ces journées représentent d'autres possibilités de faire passer les messages sur les SMNI et de réaliser des interventions préventives et curatives à impact élevé, notamment dans les populations reculées. Les enveloppes seront adaptées aux besoins de chaque pays, ainsi qu'au financement et aux fournitures disponibles. Par exemple, outre la vaccination antitétanique, on pourrait également apporter, dans le cadre de cette stratégie avancée, un traitement préventif intermittent antipaludique aux femmes enceintes, distribuer des moustiquaires imprégnées aux insecticides et leur donner des messages sur les préparatifs à la naissance, le traitement vermifuge et la supplémentation en micronutriments. Les enfants pourront bénéficier d'une enveloppe différente.

En intégrant certaines interventions pertinentes de la SMNI aux Journées/Semaines de Santé infantile, on arrivera non seulement à intensifier l'impact, mais également à diminuer le

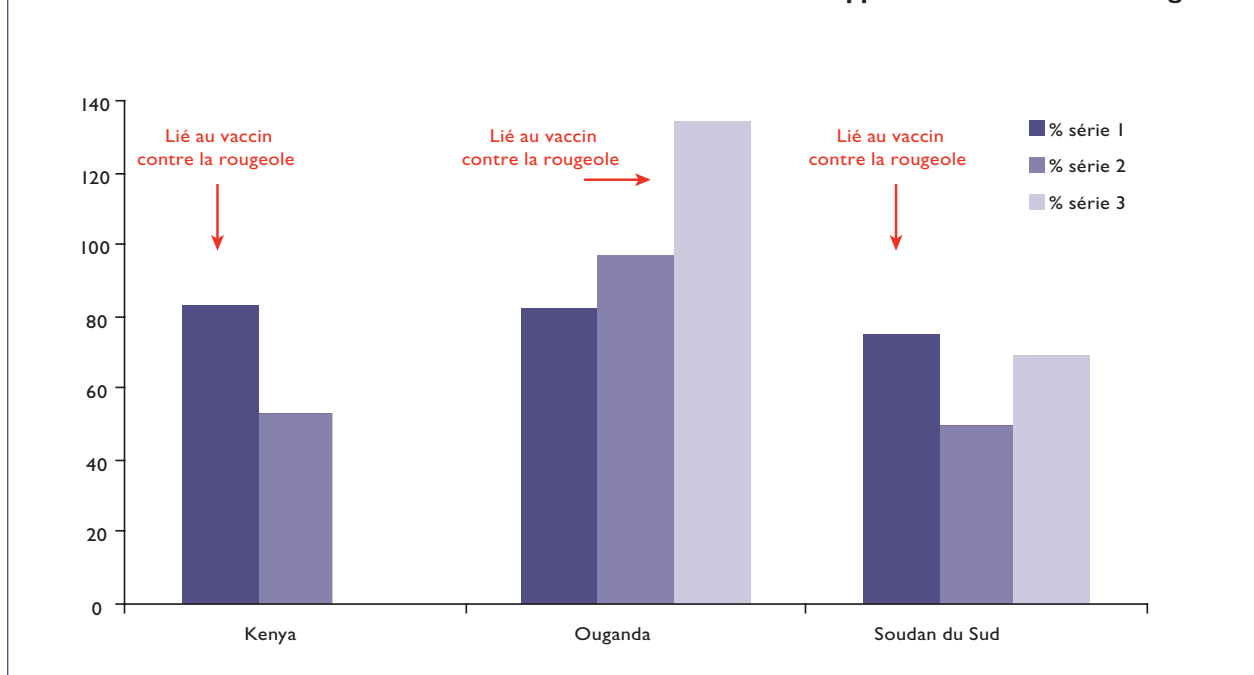
temps et le coût de ces interventions pour des programmes individuels puisque les équipes de soins de santé et les membres communautaires se réunissent une seule fois dans un endroit et une heure annoncés à l'avance pour recevoir ces services.

## 3. Campagnes de vaccination

Les campagnes de vaccination permettent d'arriver rapidement à une grande couverture dans les régions où la vaccination routinière n'a pas été possible. Elles sont également utilisées pour mettre fin à la transmission et réduire le nombre de personnes susceptibles. Partout en Afrique, les campagnes contre la rougeole ont fait reculer la mortalité, les campagnes antipoliomyélitique ont interrompu la transmission du poliovirus et les campagnes antitétaniques ont permis de vacciner les femmes dans les régions à risque élevé.

Toutes ces campagnes sont l'occasion d'apporter des interventions autre que la vaccination, par exemple, la distribution de vitamine A lors des campagnes contre la poliomyélite ou la fourniture de moustiquaires imprégnées aux insecticides lors des campagnes contre la rougeole, mais les SIA pour la vaccination antitétanique permettent tout particulièrement d'atteindre les femmes dans les régions peu desservies. On choisit les districts ou des SIA seront réalisés à l'aide d'une série d'indicateurs tels que l'incidence du tétanos néonatal, la couverture TT2+, la couverture en CPN et les taux d'accouchement propre. Le but est de choisir les districts avec peu de services de vaccination routinière et où le tétanos maternel et néonatal n'a pas encore été éliminé (voir Encadré III.9.1). Ainsi, les districts choisis représentent généralement les régions les moins desservies du pays et peuvent donc être retenus également pour d'autres interventions.

**GRAPHIQUE III.9.3 Couverture en TT si combinée avec la vaccination supplémentaire contre la rougeole**



Note : La couverture dépasse 100 % car les chiffres démographiques en termes réels ne sont pas connus et les populations ciblées se fondent sur des estimations des données du recensement avec risque de sous-comptage dans certains pays.

Source : Présentation de la réunion du Comité du Programme d'Élimination du Tétanos maternel et néonatal. « Le rôle des activités de vaccination supplémentaire pour éliminer le tétanos maternel et néonatal. » Gezahegn Mengiste, mai 2004.

### ENCADRÉ III.9.1 Mobiliser les communautés pour la prévention du tétanos en Ethiopie

En 2000, pratiquement 147 000 bébés en Ethiopie sont décédés pendant les 28 premiers jours de la vie. A cette époque, le tétanos était responsable de 14 000 à 20 000 décès de nouveau-nés chaque année. Le tétanos reste encore un grave problème en Ethiopie.

Seule une femme sur quatre se rend aux consultations prénatales et une proportion encore plus faible de femmes pauvres des zones rurales reçoivent des soins prénatals et, par conséquent, le gouvernement et l'UNICEF ont décidé de faire appel à une stratégie avancée dans les zones peu desservies pour s'assurer que les femmes qui ne se rendent pas aux consultations prénatales reçoivent une vaccination antitétanique tout en cherchant parallèlement à augmenter la fréquentation des CPN. Six pour cent seulement des femmes en Ethiopie accouchent dans les établissements de santé et, par conséquent, il fallait des approches qui ne dépendent pas de l'établissement de santé pour encourager des accouchements dans les bonnes conditions d'hygiène, du moins dans le court terme.

Une faible couverture de la vaccination antitétanique était un problème tant pour l'offre que pour la demande. L'offre de vaccins et de services de vaccination n'était pas toujours disponible ou accessible dans les communautés pauvres et rurales. Lorsque le vaccin était disponible, les femmes ne venaient pas forcément se faire vacciner. Save the Children Etats-Unis a travaillé avec des partenaires pour réaliser une recherche formative dans cinq régions pour comprendre les raisons à la faible demande du vaccin antitétanique. Cette recherche se penchait sur les aspects suivants :

- Connaissance et reconnaissance du tétanos
- Connaissances, attitudes et pratiques concernant la vaccination antitétanique et les raisons expliquant pourquoi cette vaccination n'est pas acceptée
- Pratiques pendant la grossesse et l'accouchement
- Accès à la prévention, aux soins de santé et canaux de communication préférés
- Qualité des soins, du soutien et obstacles chez les prestataires de santé et dans les établissements
- Possibilités de mobilisation sociale
- Système local à l'appui de la vaccination antitétanique - administration locale et dirigeants communautaires et religieux

On a constaté que le tétanos néonatal était bien reconnu mais souvent attribué à des mauvais esprits. Dans les endroits où les familles connaissaient la vaccination antitétanique, elles étaient souvent méfiantes quant aux raisons de vacciner les femmes enceintes - le bébé allait-il mourir ? La femme risquait-elle de devenir stérile ? Au niveau périphérique, on a constaté que les agents de santé souvent, ne connaissaient pas les causes du tétanos néonatal et ne recommandaient pas activement la vaccination ou l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène. Ces problèmes se rapportaient à la qualité des services ainsi qu'à l'information erronée quant au moment de revenir et à la sensibilité temporaire de l'endroit de l'injection.

Armé des résultats, on a pu formuler et tester des messages et du matériel de campagne auprès des publics segmentés et ciblés comprenant tant le public en général que les agents de santé. Une série d'annonces télévisées a été mise au point au même titre que des affiches, des boîtes à images, des pancartes, des dépliants, des bandes dessinées pour les écoles, des messages clés pour les dirigeants communautaires, des vidéos passées dans des camions mobiles et autres canaux tels que la radio et les causeries publiques. Les communautés ont été mobilisées par l'intermédiaire des organisations communautaires existantes.

Une évaluation post-campagne faite par l'UNICEF a constaté que plus de 60 % des femmes en âge de procréer avaient reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique. L'évaluation notait également les difficultés à maintenir la mobilisation communautaire et à diffuser les messages sur les accouchements propres, en l'absence d'une supervision continue. Il faut adapter davantage et traduire le matériel pour les communautés les plus pauvres et les plus marginalisées. Les partenaires clés se sont déjà attaqués à cette tâche.

Source : Adapté de la présentation du Dr Tedbab Degeffie, Save the Children. Réunion des parties concernées de la santé néonatale, Addis Ababa, mars 2006.



Les SIA antitétaniques qui ciblent les femmes en âge de procréer dans les districts à risque élevé sont l'occasion non seulement de vacciner contre le tétanos, mais également d'apporter des messages et autres interventions. Par exemple, le vaccin contre la rougeole a été administré à des enfants au Kenya, au Sud du Soudan et en Ouganda lors d'opérations de ratissage antitétaniques (voir Graphique III.9.3). L'Ouganda a également combiné ces opérations antipoliomyélitiques avec le vaccin antitétanique et a obtenu des résultats très encourageants. Il est regrettable que peu de pays aient profité du potentiel qu'offrent ces stratégies avancées.

#### 4. Relier avec d'autres services fournis par les programmes de vaccination

##### 4.1 Réseau de mobilisation sociale

Le Programme élargi de Vaccination (PEV) compte un solide réseau de mobilisation sociale qui facilite les campagnes de sensibilisation dans les écoles et les lieux publics, tout en encourageant la participation des dirigeants d'opinion et divers médias, venant encore renforcer les messages. Cette stratégie polyvalente est utile pour créer la demande pour des vaccinations dans de nombreux pays. Le réseau disponible grâce au PEV peut également communiquer des messages clés sur l'amélioration des soins néonataux, telles que les vaccinations contre le tétanos, les préparatifs à la naissance, les soins qualifiés, les pratiques de nutrition essentielles et autres messages.

##### 4.2 Système des données du PEV

Le système de suivi utilisé pour les interventions de vaccination (routinière, surveillance et enquête) offre la possibilité de suivre également d'autres interventions maternelles, néonatales et infantiles. Généralement le système de vaccination suit sa performance par le biais d'un certain nombre d'indicateurs, permettant ainsi un réajustement rapide du programme lorsque c'est nécessaire. Il faudrait également envisager de revoir les fiches de pointage de sorte à pouvoir suivre ces interventions. Si le système de données du PEV est un outil important, il n'en faut pas moins noter également les données dans le système national d'informations sanitaire qui devra probablement être revu car cela permettra un véritable suivi des vaccinations et autres interventions.

##### 4.3 Comité de Coordination interorganisations pour le PEV

Un grand nombre de pays ont un Comité de Coordination interorganisations pour le PEV par le biais duquel les partenaires apportent un soutien stratégique, technique et financier pour les vaccinations. Si une plus grande attention est accordée au renforcement de la SMNI en général, ces comités pourront engager des ressources vers la SMNI plutôt que de soutenir uniquement des interventions mises en œuvre verticalement.

## Défis

**Financement.** Le financement est essentiel pour la mise en œuvre réussie et l'intégration de toutes les initiatives. Par le passé, un grand nombre d'initiatives se sont données une approche verticale, et leur structure de financement était alignée sur cette approche. Les bailleurs de fonds qui soutiennent une intervention particulière hésitent parfois à ajouter des crédits pour soutenir des interventions supplémentaires. Et pourtant, sans ces fonds, il sera impossible de profiter de toutes les bonnes occasions de relier la vaccination à d'autres interventions. Les fonds de la GAVI pour le renforcement du système de santé représentent une solution partielle, bien que l'approche de financement adoptée par un grand nombre des initiatives et programmes doive probablement être réévaluée.

**Accès aux populations peu desservies et difficiles à atteindre dans le souci d'une plus grande équité.** En générale, les programmes de vaccination sont réussis, bien que certains groupes et sociétés restent sceptiques. Probablement qu'il faudra sensibiliser davantage aux barrières socioéconomiques et à la participation communautaire pour convaincre tout le monde des avantages de la vaccination. Certains groupes sont encore difficiles à atteindre à cause du manque de transport, de la précarité des chaînes d'approvisionnement, de la gestion inadéquate du personnel et autres problèmes analogues. L'approche du district à hauts risques est souvent utile pour atteindre ces groupes. L'Encadré III.9.2 décrit une telle approche utilisée en Ouganda.

**Surveillance.** La surveillance n'est pas toujours facile à établir, mais elle reste pourtant une composante importante de tout programme de santé. Le système de surveillance de la paralysie flacide aiguë, mis en place pour l'éradication de la poliomyélite, présente une infrastructure se prêtant à d'autres activités de surveillance.

**Maintenir les gains.** Une fois les activités mises en œuvre de manière réussie, le défi consiste à maintenir la qualité, surtout lorsqu'on a utilisé l'approche campagne pour améliorer rapidement la couverture et lorsque les systèmes de santé sont incapables de maintenir une couverture continue.

**Coordination des activités.** Lorsque plusieurs départements ou programmes participent à la mise en œuvre des interventions, la coordination entre eux n'est pas toujours une affaire facile. Signalons, parmi les domaines qui exigeront probablement une attention spéciale, les mécanismes de financement, les arrangements logistiques et les questions d'approvisionnement ainsi que la communication.

### ENCADRÉ III.9.2 Analyse des districts à hauts risques et plans d'action en Ouganda

Pendant le premier trimestre de 2005, un examen a été réalisé des districts en Ouganda. Trois catégories de districts ont été classées en fonction de leur statut de risque concernant le tétanos, du point de vue des activités nécessaires pour éliminer le tétanos maternel et néonatal ou arriver à maintenir le statut à faible risque. Dans cet exercice, les districts sont classés en fonction de deux doses ou plus de vaccin antitétanique (TT2+) et trois doses du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC3), bien que d'autres indicateurs puissent être utilisés dans d'autres contextes. Une approche analogue peut servir de base initiale pour classer par ordre prioritaire les districts à hauts risques pour d'autres interventions de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI).

**Les districts à faibles risques** (38) avec une couverture en TT2+ en 2004 de 50 % ou plus, avec 50 % comme moyenne nationale, ont été ciblés comme ceux capables d'améliorer davantage le TT2+ par le biais des services routiniers de vaccination. Le maintien de leur statut à faible risque suppose une combinaison des stratégies suivantes :

- Promotion des vaccinations routinières des femmes enceintes avec le vaccin antitétanique
- Promotion de bonnes mesures d'hygiène au moment de l'accouchement
- Promotion d'une surveillance active pour le tétanos néonatal, les enquêtes de cas et la réponse
- Promotion de vaccination antitétanique par stratégie avancée pour les filles dans les écoles secondaires, de pair avec une bonne documentation et la distribution de carnets de vaccination
- Promotion des stratégies de ratissage du vaccin antitétanique lors des journées bisannuelles de santé infantile en mai et en novembre

**Les districts à risques faibles à modérés** (9) avec une couverture en TT2+ inférieure à 50 % sont encore envisagés comme ayant la capacité d'améliorer la couverture antitétanique s'ils ont une couverture en DTC3 de 70 % ou plus, puisque ces districts peuvent fournir l'accès aux services routiniers de vaccination. Au titre des stratégies utilisées pour étendre la couverture : augmenter les connaissances, engager la communauté, accélérer la stratégie avancée, fournir des services routiniers de vaccination en utilisant l'approche atteindre chaque district et utiliser le premier contact prénatal lorsque la fréquentation avec au moins une consultation prénatale s'élève à 90 % au moins. La Journée nationale annuelle de la Santé infantile a également été utilisée comme possibilité d'accroître la mobilisation pour la vaccination antitétanique.

**Les districts à risques élevés** (9) avec une couverture TT2+ inférieure à 50 % et en DTC3 inférieure à 70 % ont été jugés de faible capacité en ce qui concerne la vaccination routinière et sans capacité d'améliorer aisément la couverture antitétanique. C'est un signe indiquant un manque d'accès, même si l'utilisation est bonne. Ces districts auront besoin de trois séries d'opérations de ratissage pour le vaccin antitétanique en plus des activités dans les districts à risques faibles à modérés. Les districts à risques élevés sont en nombre limité, mais représentent presque tous les cas de tétanos néonatal en Ouganda. Certains de ces districts se trouvent dans la région du Nord qui souffre d'instabilité. L'identification de ces populations et un plan d'action stratégique réalisé en partenariat permettront pourtant d'accélérer les progrès. Parallèlement aux opérations de ratissage pour le vaccin antitétanique, d'autres stratégies en relation avec les districts à faibles risques doivent être exécutées et renforcées une fois que les districts passent d'un risque élevé à un risque modéré à faible.

Source : Adapté de Gezahegn Mengiste, Ahmadu Yakubu. Rapport d'activité sur l'examen de l'élimination du tétanos maternel et néonatal en Ouganda, mars 2005.

### Étapes pratiques pour faire progresser l'intégration

Malgré ces défis continuels, l'infrastructure existante, le financement et l'expérience commune des divers programmes de vaccination présentent d'excellentes possibilités de relier avec d'autres programmes de SMNI pour fournir des services intégrés. Cette intégration peut se faire le long des étapes pratiques suivantes :

- Vérifier que les rôles et les responsabilités entre les partenaires et départements sont clairement expliqués et acceptés. Mettre sur pied une entité de coordination ou revoir et élargir la mission d'une entité qui existe déjà (par exemple, le partenariat national de SMNI, du Comité de Coordination interorganisations pour le PEV) qui sera chargée de coordonner les activités des partenaires et des départements et de superviser le suivi de la mise en œuvre.
- Cibler des districts à hauts risques dans le cadre d'une stratégie pour le pauvre et harmoniser les activités entre le PEV, la SMNI et d'autres programmes pertinents. Une analyse des indicateurs disponibles au niveau du district, soutenue par la connaissance locale, pourra être utilisée pour choisir ces régions. Il est important de revoir les interventions de mise en œuvre, d'ajouter des interventions essentielles et d'examiner les mécanismes de prestation. Il faut étudier les synergies et les liens entre les programmes et prendre toutes les mesures nécessaires pour vérifier qu'il existe l'approvisionnement et le financement nécessaires, ainsi qu'une bonne supervision.
- Résoudre les questions de financement, logistique, approvisionnement, gestion et de personnel. Utiliser les réseaux existants de mobilisation sociale, y compris ceux de la vaccination et d'autres programmes pour apporter des messages clés et créer

et maintenir une demande pour les services de SMNI, surtout dans les régions où la majorité des femmes accouchent à domicile. Les messages montreront combien il est important de changer des comportements traditionnels pouvant s'avérer néfastes.

- Revoir les systèmes de suivi existants en utilisant les indicateurs clés choisis pour suivre les activités. Revoir les fiches de pointage, les systèmes de notification et autres outils. Analyser les données et les observations après l'activité et utiliser l'entité de coordination pour décider dans quelle mesure il faudra améliorer la mise en œuvre des interventions conjointes à l'avenir.

## Conclusion

Bien des défis se présentent lorsqu'on veut changer le paradigme des services verticaux et passer aux services de SMNI intégrés. Pour les programmes solides et bien établis, par exemple, ceux qui fournissent les vaccinations, il est important d'obtenir un consensus entre les principaux intervenants pour relever tous ces défis. L'infrastructure et la portée importante des activités du PEV présentent un certain nombre de points d'entrée et de possibilités qui doivent être étudiés soigneusement puis exploités pour améliorer la survie maternelle, néonatale et infantile.

La couverture vaccinale, même dans les communautés les plus pauvres des pays les plus pauvres en Afrique, s'est étendue ces cinq dernières années. C'est une réussite remarquable, surtout au vu de l'essoufflement des années 90. La tension est surtout accordée à la prévention des maladies chez l'enfant plus âgé, bien qu'à présent, les vaccinations visent également à prévenir les maladies néonatales. En plus, la vaccination des nouveau-nés confère une protection supplémentaire plus tard dans la vie.

## Actions prioritaires pour intégrer les programmes de vaccination et la SMNI

- Assurer une bonne coordination entre les partenaires et revitaliser les entités de coordination existantes.
- Cibler les zones peu desservies et à hauts risques et se mettre d'accord sur les liens, les interventions, les meilleures stratégies d'exécution et les groupes d'âge qui seront ciblés.
- Résoudre les questions de financement, logistique, approvisionnement, gestion et personnel. Utiliser les réseaux existants de mobilisation sociale.
- Revoir les systèmes de suivi existants et chercher à harmoniser et à relier les données du PEV et de la SMNI en utilisant les indicateurs clés choisis. Evaluer les progrès et procéder à tout réajustement nécessaire.

Ces dernières années, les programmes de vaccination ont montré que les approches novatrices non seulement sont une bonne occasion à saisir pour augmenter la couverture vaccinale, mais servent également de structure à la réalisation d'autres interventions sanitaires qui profitent aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Le moment est venu de saisir ces possibilités pour sauver des vies.



# Ressources de programme

## Chapitre 1 - Soins pour les filles et les femmes avant la grossesse

- Pour Répondre À Un Besoin Vers le renforcement des programmes de planification familiale Meeting the need: strengthening family planning programs. UNFPA, PATH. Seattle, 2006.
- Timing et espacement idéals des grossesses pour la santé : Guide de poche à l'intention du personnel de santé, des responsables de programmes sanitaires et des dirigeants communautaires. Washington DC, 2006.
- Résumé analytique de la série publiée par Lancet sur la santé sexuelle et reproductive. Family Care International, 2006.
- Framework for repositioning family planning in reproductive health services: Framework for accelerated action, 2005-2014. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004.
- Pregnant adolescents : delivering on global promises of hope. WHO, UNFPA. Geneva, 2006.
- Hatcher RA, Ziemann M, Watt AP, Nelson A. Carney PD, Pluhar E. Managing the Gap Foundation, Georgia, 1999.
- Youthnet. Country Needs Assessment Tool. Family Health International, New York, 2003.
- Reproductive Health of young adults. Family Health International, New York, 2003.
- Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation - Report of a WHO technical consultation, October 1997, 2001. WHO, Geneva, 2001.
- Report of a WHO technical consultation on birth spacing, Geneva, Switzerland. 13-15 June 2005. WHO, Geneva, 2006.

## Chapitre 2 - Soins prénatals

- Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles 2005, IMPAC, WHO, Geneva, 2ème édition, 2006.
- Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin, IMPAC, WHO, Geneva, 2003.
- Soins maternels et néonataux de base : Un guide destiné au prestataire qualifié. JHPIEGO/MNH, Baltimore, 2004.
- Antenatal care in developing countries : Promises, achievements and missed opportunities. UNICEF, WHO, New York, 2003.
- WHO antenatal care randomized trial : Manual for implementation of the new model. WHO, Geneva, 2002.
- Standards for Maternal and Neonatal Care. WHO, Geneva, 2006.
- Focused antenatal care: Providing integrated, individualized care during pregnancy. Technical brief. ACCESS/ JHPIEGO, Baltimore, 2006.

## Chapitre 3 - Soins à l'accouchement

- Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles 2005, IMPAC, WHO, Geneva, 2ème édition, 2006.
- Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin, IMPAC, WHO, Geneva, 2003.
- Préparation à l'accouchement et préparatifs en case de complications : Matrice de responsabilités partagées, MNH/ JHPIEGO, Baltimore, 2001.
- Pour une grossesse à moindre risque: le rôle capital de l'accoucheur qualifié: Une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO, Geneva, 2004.
- Basic newborn resuscitation : a practical guide. WHO, Geneva, 1997.
- Klein S, Miller S and Thomson F. A Book for Midwives : Care for pregnancy, birth and women's health. The Hesperian Foundation, Berkeley, CA, 1st ed., 2004.
- Home-based life saving skills program where home birth is common. American College of Nurse Midwives, Washington DC, 2005.
- Maternity waiting homes : a review of experiences. WHO, Geneva, 1997.

## Chapitre 4 - Soins postnatals

- Soins aux nouveau-nés: Manuel de référence. Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P. Saving Newborn Lives/ Save the Children. Washington DC, 2004.
- Prise en charge des problèmes du nouveau-né - Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin. OMS, Geneva 2005.
- Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles 2005, IMPAC, WHO, Geneva, 2ème édition, 2006.
- How to train Community Health Workers in home-based newborn care. Training manual. SEARCH and Save the Children. 2006.
- Saving Newborn Lives tools for newborn health : Qualitative research to improve newborn care practices. Save the Children, Washington DC, 2003.
- Strategic Guidance Note on the newborn. UNICEF and SNL/Save the Children, 2006 [Draft].
- Postpartum and newborn care: a self-study manual for trainers of traditional birth attendants and other community-level maternal and child health workers. Carlough M. PRIME, North Carolina, 1999.

## Chapitre 5 - Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (SMNI)

- OMS, La méthode « mère kangourou » Guide pratique. 2003.
- Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin, IMPAC, WHO, 2003.
- IMCI planning guide : Gaining experience with the IMCI strategy in a country. WHO, Geneva, 1999.
- IMCI adaptation guide. WHO, Geneva, 1998. [Note: a specific adaptation guide for strengthening newborn care within IMCI ins in preparation].
- Improving family and community practices: A component of the IMCI strategy. WHO, Geneva, 1998.
- Child health in the community: "Community IMCI" briefing package for facilitators. WHO Geneva, 2006.
- IMCI training modules. In-service training. WHO, Geneva, 1997.
- IMCI training modules. Pre-service training. WHO, Geneva, 2001.
- Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives. IMPAC, WHO, Geneva, 2003.
- Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. WHO, Geneva, 2005.
- Revised young infant chart booklet. WHO, Geneva, 2006 [Draft]
- Optimal feeding of the low birthweight infant: Guidelines. WHO, Geneva, 2006 [Draft].

## Chapitre 6 - Promotion de la nutrition

- Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. OMS, Geneva, 2003.
- Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement. OMS, Geneva, 1999.
- Faits d'Alimentation et Fiches de questions posées fréquemment. LINKAGES Project, AED, Washington DC, 1997.
- Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding. WHO/UNICEF, Geneva, 2006.
- Using 'Essential Nutrition Actions' to accelerate coverage with nutrition interventions in high mortality settings. BASICS, 2004.
- Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff and Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations. WHO, UNICEF, LINKAGES, IBFAN, ENN, 2001 and 2004.
- Optimal feeding of the low birthweight infant : Guidelines. WHO, Geneva, 2006 [Draft].

## Chapitre 7 - Programmes de prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH

- Prise en charge des problèmes du nouveau-né - Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin. OMS, Geneva 2005.
- Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings : towards universal access. WHO, Geneva, 2006.
- HIV and infant feeding : Framework for priority action. WHO, Geneva, 2002.
- A Behavior Change Perspective on Integrating PMTCT and Safe Motherhood Programs. A Discussion Paper. The Change Project, Academy for Educational Development and the Manoff Group, 2003.
- Infant feeding options in the context of HIV. LINKAGES Project, AED, Washington DC, 2005.

## Chapitre 8 - Programmes de lutte contre le paludisme

- Le rapport mondial sur le paludisme. OMS, UNICEF, Geneva, 2005.
- Kit de ressources pour le paludisme pendant la grossesse: Outils pour faciliter les modifications de la politique et sa mise en œuvre MNH, JHPIEGO, Baltimore, 2003.
- L'utilisation des antipaludiques: Rapport d'une consultation informelle de l'OMS, OMS, Geneva, 2001.
- Strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African region. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004.
- Guidelines for the treatment of malaria, WHO, Geneva, 2006.
- Assessment of the safety of artemisinin compounds in pregnancy. OMS, Geneva, 2003.
- Malaria and HIV interactions and their implications for public health policy : Report of a technical consultation, 23-25 June 2004. WHO, Geneva, 2004.

## Chapitre 9 - Programmes de vaccination

- Elimination du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005: Stratégies permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition. UNICEF, OMS, FNUAP, Geneva, 2000.
- UNICEF. Eliminer le tétanos maternel et néonatal. New York : Fonds des Nations Unies pour la Population, 2004.
- OMS dossiers sur les vaccins anti-hépatite B, antirubéoleux, BCG et antitétanique.
- Saving Newborn Lives tools for newborn health: Communications for Immunization Campaigns for Maternal and Neonatal Tetanus Elimination, UNICEF and Save the Children, Washington DC, 2003.
- Field manual for neonatal tetanus elimination. WHO/V&B/99.14. WHO, Geneva 1999.
- Maternal and neonatal tetanus elimination by 2005: Strategies for achieving and maintaining elimination. UNICEF, WHO & UNFPA. Geneva, 2000.
- Report of a meeting on preventing congenital rubella syndrome: immunization strategies, surveillance needs. Geneva, 12-14 January 2000. WHO, Geneva, 2000



## toutes les mères et tous les bébés en Afrique avec les soins essentiels

Doyin Oluwole, Khama Rogo, Mickey Chopra, Genevieve Begkoyian, Joy Lawn

Des politiques favorables régionales et nationales sont en place pour accélérer la survie maternelle et infantile en Afrique, dont la mise en relief récente des 1,16 million de décès de nouveau-nés chaque année sur le continent. La faille ne se situe pas tant au niveau des politiques mais entre les politiques et l'action nécessaire pour renforcer la continuité des soins et augmenter la couverture en interventions essentielles de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI).

Et pourtant, certains pays africains arrivent progressivement à réduire les taux de mortalité néonatale malgré de faibles revenus nationaux bruts. Que nous apprennent ces exemples, surtout pour surmonter les principales barrières au financement et à l'investissement insuffisants de la SMNI et à l'inadéquation des ressources humaines ? Même si l'on saisit toutes les possibilités présentées par les programmes existants, des lacunes subsisteront encore aux niveaux de l'accès et de l'utilisation, surtout dans les pays avec des systèmes de santé plus faibles et surtout pour les pauvres. Quelles sont alors les possibilités dans ces contextes et que peut-on faire pendant que nous nous efforçons de renforcer les systèmes de santé ? Une « seconde révolution des soins de santé primaires » en Afrique permettrait-elle d'étendre à plus grande échelle la SMNI ? L'intégration entre les programmes de la SMNI est plus vite dite que faite - comment encourager l'intégration ? Comment suivre les progrès et tenir pour responsables les gouvernements et les partenaires ?





## Introduction

Chaque année en Afrique, 1,16 million de bébés meurent et pourtant, jusqu'à 800 000 vies de nouveau-nés, ainsi que de nombreux décès maternels et infantiles pourraient être sauvés si les interventions essentielles arrivaient à 90 % des femmes et des bébés. Un grand nombre de ces interventions existent déjà dans les politiques de presque chaque pays africain, se rangeant tout le long de la continuité des soins où à chaque maillon se rencontrent les stratégies de prestation. Le coût pour traduire les politiques dans les faits est abordable puisqu'il se situe, d'après les estimations, à 1,39 \$US par habitant, en plus de ce qui est déjà dépensé.<sup>1</sup> La raison pour laquelle autant de bébés ainsi que de mères et d'enfants meurent chaque année ne réside pas dans le manque de connaissances ou de politiques, mais dans notre échec à nous tous d'exécuter ces interventions, d'arriver à une couverture élevée et d'atteindre le pauvre.

La préoccupation soulevée dernièrement par la lenteur des progrès régionaux faits pour atteindre le quatrième Objectif du Millénaire pour le Développement (survie de l'enfant) et le cinquième (santé maternelle), surtout en Afrique, explique le renouveau d'intérêt et d'attention accordé à l'expansion des interventions essentielles pour la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Les progrès sont ralentis par des obstacles de nature générale dont certains n'entrent pas dans la portée de la santé néonatale, pas même dans celle de la SMNI. Ces contraintes sont bien décrites,<sup>2</sup> surtout la crise du personnel soignant et les défis liés au financement des soins de santé sur un continent où les gouvernements de 16 pays dépensent moins de 5 \$US par habitant pour la santé et où 11 pays en plus dépensent moins de 10 \$US par habitant pour la santé.<sup>3</sup>

Cette section ébauche des cadres importants de politiques régionales, faisant ressortir les possibilités particulières de sauver la vie de nouveau-nés et nous montre comment la santé néonatale facilite l'intégration de la SMNI. De bonnes nouvelles nous viennent de l'Afrique - nous mettons au premier plan un certain nombre de pays qui arrivent progressivement à réduire le taux de mortalité néonatale (TMN), malgré un faible revenu

national brut (RNB) et nous examinons les principes qui peuvent être retenus. La dernière partie de la section explique les étapes à franchir sur le plan politiques et programmes pour accélérer l'action, notamment sur le plan des ressources humaines et du financement de la SMNI.

## La région est forte d'engagements politiques

L'Afrique ne souffre pas d'un manque de politiques. Nombreuses sont les politiques essentielles en place, tant générales que plus spéciales pour la réforme du secteur de la santé ou la prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) du VIH. Deux grands cadres de politiques régionales, mis au point sous l'égide de l'Union africaine, visent à la réduction des décès maternels, néonataux et infantiles et à l'obtention des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5 :

- La Carte routière pour atteindre le plus rapidement les objectifs du millénaire pour le développement se rapportant à la santé maternelle et infantile en Afrique - « Carte routière » (Encadré IV.1)
- La stratégie régionale sur la survie de l'enfant (Encadré IV.2)

C'est le nouveau-né qui est l'élément qui chevauche ces deux cadres. La santé néonatale pourrait bien représenter le « pont » jeté entre la santé maternelle et infantile, bien qu'il soit noyé aisément dans les activités de plaidoyer et de mise en œuvre qui se consacrent uniquement à la santé maternelle ou santé infantile. Dans l'idéal, ces deux cadres fusionneront en une seule approche de SMNI aux niveaux national et régional. La création d'une Equipe spéciale de SMNI africaine, dont le secrétariat est établi dans le bureau régional Afrique de l'OMS, est une étape prometteuse dans cette direction (voir Introduction, page 4).

## La Feuille de Route pour accélérer les progrès vers les OMD 4 et 5 en Afrique

La Feuille de Route a permis une rapide adoption de politiques dans les divers pays puisque 35 pays ont démarré ce processus en l'espace de deux ans. Dans la plupart des pays, la démarche est participative et multisectorielle (Encadré IV.1). L'engagement à haut niveau est noté dans plusieurs pays - dans certains cas, c'est le Président qui inaugure le lancement national. La Feuille de Route encourage une approche aux soins qui traite tant le côté offre que demande et maintient la continuité des soins du ménage à l'hôpital. (Voir Section II.) C'est à l'aune de l'étendue de la couverture en interventions et enveloppes essentielles qu'on mesurera la réussite, surtout en ce qui concerne les soins qualifiés et les soins obstétricaux d'urgence (SOU). Certes, les problèmes au niveau de l'offre sont reconnus de partout, qu'il s'agisse du manque de ressources humaines ou de médicaments ou du caractère précaire de l'infrastructure. Mais par contre, ce sont les approches pour augmenter la demande qui sont moins bien définies dans un grand nombre de pays et la responsabilisation communautaire et la communication pour le changement de comportement sont des interventions rarement exécutées de manière systématique. Pour le moment, la plupart des Feuilles de Route n'insistent pas assez sur des interventions qui ont fait leurs preuves et qui sont tout à fait possibles au niveau communautaire, surtout pour le nouveau-né.

### **ENCADRÉ IV.1 La Feuille de Route africaine pour accélérer les progrès en vue d'atteindre les OMD se rapportant à la santé maternelle et néonatale**

En 2003, la réunion de l'Equipe spéciale africaine pour la Santé de la Reproduction faisait appel à tous les partenaires, leur demandant de se donner une Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique, vers la réalisation des OMD 4 et 5. Les principes de la Feuille de Route sont les suivants :

1. Planification et mise en œuvre progressives, en fonction de données probantes, au niveau du pays
2. Approche systèmes de santé en cherchant à réduire les inégalités
3. Partenariats avec une définition claire des rôles et responsabilités, transparence et responsabilisation, sous la direction de l'Equipe spéciale régionale de Santé maternelle, néonatale et infantile

#### **Quoi de neuf ?**

- Mettre en avant la paire inséparable de la mère et du nouveau-né
- Se mettre d'accord sur les plans pour la décennie à venir, notamment engagement à long terme et possibilités d'exploiter les ressources de tous les partenaires
- Se concentrer sur deux niveaux pour changer les choses : soins qualifiés dans les établissements de santé et création de la demande au niveau communautaire
- Porter une attention spéciale aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence, en insistant sur les soins qualifiés comme étant le cadre permettant d'apporter à la mère et au bébé des soins adéquats pendant le travail, l'accouchement et lors de la période postnatale, quel que soit l'endroit où a lieu la naissance

#### **Processus et stratégies :**

*Objectif 1* - Dispenser des soins qualifiés pendant la grossesse, lors de l'accouchement et tout au long de la période postnatale

- Améliorer l'accès à des soins maternels et néonataux de qualité, notamment les services de planification familiale, en vérifiant que les services sont conviviaux
- Renforcer le système d'orientation
- Renforcer la planification sanitaire au niveau district pour les soins maternels et néonataux et les services de planification familiale
- Recommander un engagement plus ferme et des ressources accrues
- Encourager les partenariats

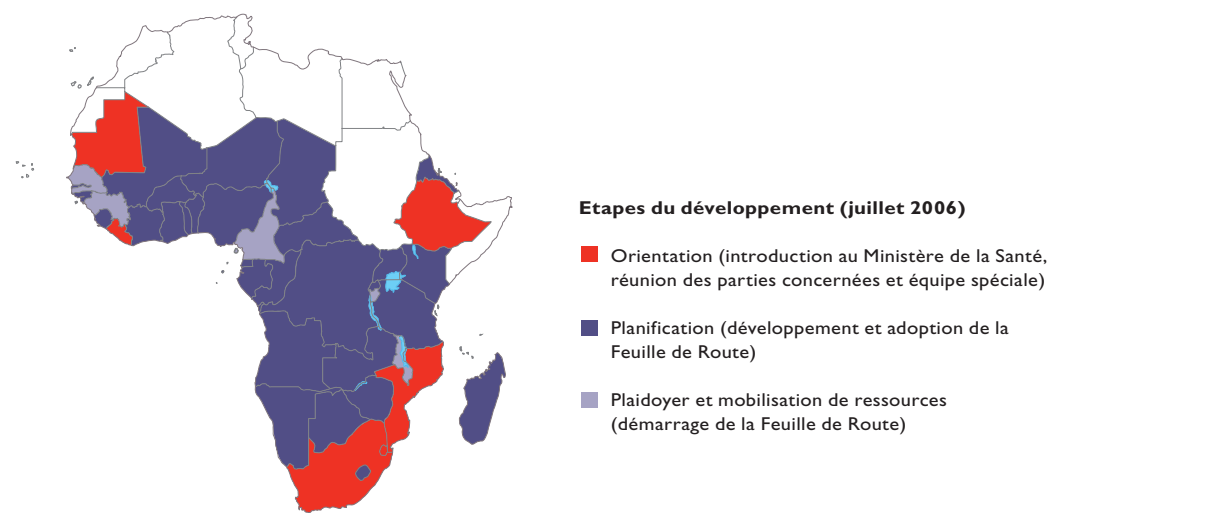
*Objectif 2* - Renforcer la capacité des individus, des familles et des communautés en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale

- Promouvoir la continuité des soins du ménage à l'hôpital
- Habilitier les communautés pour qu'elles puissent définir, demander et accéder à des soins qualifiés de qualité par le biais de la mobilisation des ressources communautaires

#### **Suivi, évaluation et responsabilisation**

- Suivre les progrès aux niveaux national et régional concernant l'adoption et l'adaptation de la Feuille de Route
- Suivre la mobilisation de ressources et l'engagement des partenaires face à l'exécution de la Feuille de Route
- Indicateurs choisis pour les différents niveaux de soins et services qui seront fournis, avec mise en œuvre échelonnée

## Etapes du développement pour la Feuille de Route nationale de l'Afrique subsaharienne, 2003 à juillet 2006



Source : Données mises à jour du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique jusqu'à octobre 2006, rajoutées par l'UNFPA.  
Note : Etapes suivies uniquement jusqu'au lancement pour le moment. Les étapes qui seront suivies sont à l'étude actuellement.

### Stratégie nationale pour la survie de l'enfant

En 2005, l'Union africaine, préoccupée par un avancement lent vers l'ODM 4 lié à la survie de l'enfant, recommandait de se donner une stratégie accélérée pour la survie de l'enfant sur le

continent (Encadré IV.2). La stratégie conjointe OMS/UNICEF a été avalisée par les états membres de l'OMS lors du 56e Comité régional en août 2006. Actuellement, l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale sont en train de traduire cette stratégie en un cadre conjoint de mise en œuvre aux fins d'approbation par les Chefs d'Etat de l'Union africaine.

#### ENCADRÉ IV.2 Le cadre régional africain pour la survie de l'enfant

**Domaines prioritaires.** Le cadre, mis au point par l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale, en partenariat avec l'Union africaine, accepte d'un commun accord l'importance de la continuité des soins, des systèmes et du financement de la santé, ainsi que des interventions essentielles de la SMNI. Les domaines prioritaires concernent les soins néonataux, la relation entre les soins maternels et les soins qualifiés pendant la grossesse, les soins qualifiés à l'accouchement, les soins postnatals et les soins améliorés au niveau communautaire et dans les établissements de soins de santé primaires et de référence. D'autres priorités concernent l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la supplémentation en micronutriments, la vaccination, la prévention du paludisme, la prise en charge des maladies courantes, la PTME et les soins des enfants exposés ou infectés par le VIH.

**Plan de mise en œuvre.** Le plan de mise en œuvre précise les approches de prestation et les étapes en vue d'arriver à une couverture universelle grâce aux partenariats, à la responsabilisation, aux responsabilités et rôles clairement déterminés, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation. Trois modes de prestation de services - soins dans les communautés, par le biais de la stratégie avancée et des soins cliniques dans les structures de soins de santé primaires et les établissements de référence - sont proposés pour combiner et fournir les interventions : services à base communautaire axés sur les familles, services programmés orientés sur la population et services cliniques orientés sur l'individu. Trois phases d'intégration commencent par l'adaptation de l'enveloppe minimale à plus grande échelle, la suppression des obstacles à l'expansion et ensuite, la fourniture d'interventions supplémentaires dans l'enveloppe élargie. Le but est d'arriver à une couverture maximale avec l'enveloppe complète d'interventions.

**Argument à l'investissement.** L'argument fait le détail de l'impact estimé pour atteindre les grands jalons de la mortalité néonatale et des moins de cinq ans en précisant les coûts échelonnés des interventions et du renforcement des systèmes de santé. Sous la direction des divers gouvernements, les ressources proviendront de la fusion d'un soutien mondial et de cadres de financement nationaux.

## Réforme du secteur de la santé

Ces deux cadres régionaux reposent sur des approches standard qui peuvent être adaptées, financées et ensuite, appliquées dans les pays, non pas dans un vide mais dans le contexte général de la réforme du secteur de la santé. La réforme du secteur de la santé varie selon les pays, allant d'une certaine prise de décisions décentralisée à un plan fixe du secteur de la santé reposant sur une enveloppe de soins essentiels avec examens externes annuels. La réforme du secteur de la santé présente une bonne occasion d'étendre à plus grande échelle des interventions essentielles de la SMNI efficaces et faisables. Si ces interventions sont intégrées aux enveloppes nationales de la santé et reliées à des objectifs et des montants budgétaires avec examen régulier, il est fort probable que s'ensuivront un sentiment d'appartenance et de responsabilisation permettant de maintenir, dans le temps, de telles interventions. Actuellement, plusieurs pays africains comptent un sous-comité de la SMNI dans le plan du secteur santé qui se concentre sur les OMD 4 et 5. Par exemple, l'Ouganda a ajouté récemment un sous-comité à la santé maternelle et infantile chargé de faire de recommandations pour renforcer les soins néonataux dans le cadre du plan stratégique national du secteur de la santé.

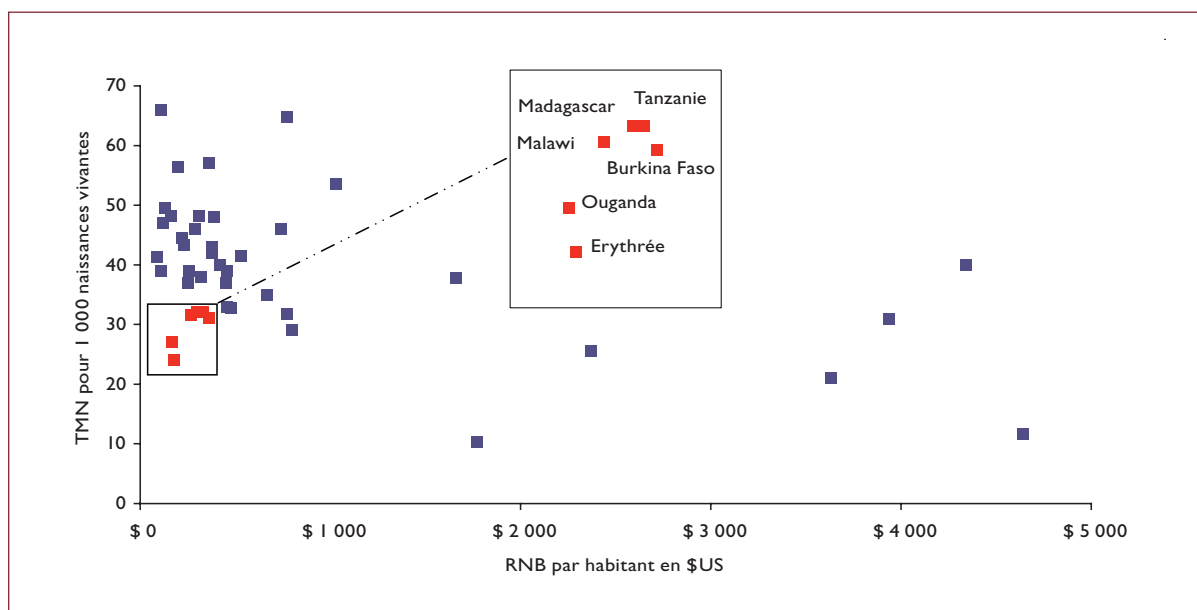
Au Malawi, le gouvernement et les partenaires se sont alliés pour mettre au point une enveloppe de soins essentiels reliée à une Approche nationale sur l'Ensemble du Secteur (SWAp), ce qui a permis aux pays d'obtenir un investissement accru des bailleurs de fonds pour le secteur national de la santé.

## Certains pays africains font des progrès pour sauver la vie du nouveau-né

Si les nouvelles qui nous viennent de l'Afrique sont souvent négatives, il existe pourtant une très grande différence entre les pays africains et au sein de ces derniers. Des exemples de réussites sont notés dans un certain nombre de pays de l'Afrique. La Tanzanie, le Malawi et l'Ethiopie ont réussi à faire reculer de manière notable le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5), selon les nouvelles données de l'EDS. Il existe également des pays comme l'Erythrée qui arrivent à faire reculer de plus en plus le TMM5, le TMN, ainsi que la mortalité maternelle. (Voir Section I, Graphique I.2.)

On a tendance à penser que ce sont les pays avec des revenus moyens à faibles qui comptent la mortalité la plus élevée et, si tel est souvent le cas, il n'en existe pas moins de bonnes surprises. L'encadré IV.3 indique une courbe du TMN comparé au RNB par habitant. Etudions davantage les cas positifs surprenants - pays qui ont réussi à diminuer le TMN alors que le RNB reste encore faible par habitant. Nous aimerions mettre en relief ces pays - Erythrée, Malawi, Burkina Faso, Tanzanie, Ouganda et Madagascar - pour montrer que de bonnes nouvelles nous parviennent de l'Afrique. Ces pays sont en train de progresser, venant d'un TMN et TMM5 très élevés et, dans bien des cas, de taux de mortalité maternelle (TMM) à des taux plus faibles. Dans certains cas, il n'est guère facile de mesurer le TMN mais, même ainsi, qu'avons-nous retenu de cette expérience jusqu'à présent ?

**ENCADRÉ IV.3 Certains pays africains progressent malgré des ressources limitées : taux de mortalité néonatale par revenu national brut (RNB) par habitant**



Un grand nombre de facteurs contribuent aux améliorations dans la santé néonatale. Pour chacun des pays avec un TMN plus faible (31 pour 1 000 naissances vivantes ou moins) et avec un RNB faible par habitant (moins de 500 \$US par an), il est intéressant de faire ressortir les points saillants expliquant fort probablement ces réussites. Sont également indiqués les progrès faits par chaque pays en vue d'atteindre l'engagement d'Abuja consistant à dépenser au moins 15 % du budget général pour la santé. Le problème réside dans le fait que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) tendent à sous-estimer les décès néonataux et, par conséquent, le véritable TMN dans certains de ces pays est probablement plus élevé.

**Erythrée :** (TMN = 24, RNB par habitant = 180 \$US, progrès vers Abuja = 5,6 %) Alors que ce pays est l'un des plus pauvres au monde, se classant au 157<sup>e</sup> rang des 173 pays de l'Indice du Développement humain du PNUD et malgré les guerres et les famines, l'Erythrée a fait des progrès extraordinaires sur le plan de la santé infantile. Les solides et constantes réductions dans le TMM5 de ce pays ont été mises en évidence dans la Section I. Comment ces résultats ont-ils été obtenus ? Premièrement, grâce à un solide engagement à la santé infantile à tous les niveaux et deuxièmement, grâce au manque de corruption en Erythrée et à une solide collaboration des bailleurs de fonds, ce qui a multiplié l'impact des ressources limitées. L'Erythrée est l'un des premiers pays africains qui a été certifié comme ayant éliminé le tétanos néonatal. Certes, des obstacles subsistent malgré ces réussites. Par exemple, la couverture des femmes qui accouchent avec un prestataire qualifié - 28 % uniquement - reste encore faible alors que le TMM est modérément élevé, à 630 pour 100 000. La Feuille de Route nationale de l'Erythrée a été conçue pour traiter ce TMM élevé et des approches novatrices sont étudiées pour résoudre la crise des ressources humaines dans le pays.

**Ouganda :** (TMN = 29, RNB par habitant = 270 \$US, Abuja = 9,1 %) En Ouganda, le Plan stratégique actuel II du Secteur de la Santé comprend une Grappe de Santé maternelle et infantile avec l'adjonction récente d'un sous-groupe de santé néonatale. La priorité est accordée à l'expansion d'interventions essentielles visant surtout à atteindre le pauvre. De plus, chaque année les résultats des districts de santé sont publiés dans les journaux nationaux, encourageant ainsi la responsabilisation publique.

**Burkina Faso :** (TMN = 31, RNB par habitant = 360 \$US, progrès vers Abuja = 10,6 %) Un plaidoyer récent dans les hautes sphères gouvernementales au Burkina Faso concernant les décès maternels et néonataux, grâce à l'outil de plaidoyer REDUCE, a permis un accroissement de 11 % dans le financement du gouvernement pour la santé maternelle et néonatale. Le plaidoyer est également à l'origine de la loi spécifiant une diminution du paiement familial pour les césariennes, passant de 120 \$US à un maximum de 20 \$US.

**Tanzanie :** (TMN = 32, RNB par habitant = 330 \$US, progrès vers Abuja = 14,9 %) La Tanzanie bénéficie d'un engagement gouvernemental constant pour l'investissement dans la santé et la décentralisation de la prise de décisions pour les dépenses sanitaires en fonction des priorités des districts. A présent, les équipes sanitaires de district octroient les budgets locaux en fonction de la charge de morbidité locale et la couverture s'est étendue pour certaines des interventions à fort impact. La Feuille de Route nationale est en train d'être mise au point en accordant une priorité plus grande encore à la santé néonatale.

**Malawi :** (TMN = 31, RNB par habitant = 170 \$US, progrès vers Abuja = 9,7 %) Si des questions subsistent quant à l'exactitude de l'estimation du TMN lors de l'EDS la plus récente du pays, le Malawi n'en a pas moins fait des progrès certains dans la réduction des décès infantiles, tel que décrit à la Section I. De nombreux facteurs ont probablement contribué à ce progrès, bien que la couverture en interventions les plus essentielles ne se soit guère étendue pendant cette période. La réforme du secteur de la santé au Malawi relève d'une démarche participative qui a permis d'arriver à un consensus national sur l'enveloppe de santé essentielle et à un investissement accru dans le secteur de la santé. Les exercices de fixation de coûts ont encouragé une plus grande collaboration entre le Ministère de la Santé et les bailleurs de fonds - deux bailleurs ont apporté 40 millions \$US en plus une fois que la Feuille de Route a précisé les coûts. Le niveau d'engagement face à la Feuille de Route est démontré par le fait qu'elle a été lancée par le Président.

**Madagascar :** (TMN = 32, RNB par habitant = 300 \$US, Abuja = 8 %) Un examen récent du Cadre national des Dépenses à moyen Terme a été l'occasion d'intégrer la santé néonatale au plan existant de SMNI, tout particulièrement au vu du fait que la dernière EDS a montré que le pourcentage des décès des moins de cinq ans pendant la période néonatale avait augmenté. La priorité est accordée à la planification familiale, aux soins prénatals et aux stratégies communautaires. On cherche également à répondre aux contraintes sur le plan ressources humaines pour des soins obstétricaux qualifiés et d'urgence. Madagascar a une longue tradition d'engagement communautaire et de programmes efficaces à base communautaire.

Voir les profils de pays à la Section V et les notes de données pour de plus amples informations sur le TMN, le RNB par habitant et autres indicateurs utilisés dans cet encadré.

## Quels sont les facteurs prometteurs et salvateurs ?

Certes chaque pays est différent et pourtant quatre thèmes ne cessent de se dégager dans les pays qui ont fait un pas en avant sur le plan de la santé maternelle, néonatale et infantile :

**Leadership responsable :** Dans bien des pays, c'est un leadership constant et responsable et une bonne gestion des ressources qui assurent la direction et garantissent l'action. Un bon leadership non seulement renforce le travail en équipe au sein d'un pays, d'un état ou d'une organisation, mais permet également d'attirer un investissement de sources externes. La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide fait ressortir le principe fondamental du gouvernement dans son rôle de leader et des partenaires respectant les « Trois Uns : »<sup>4</sup>

- Un plan national
- Un mécanisme de coordination
- Un mécanisme de suivi et d'évaluation

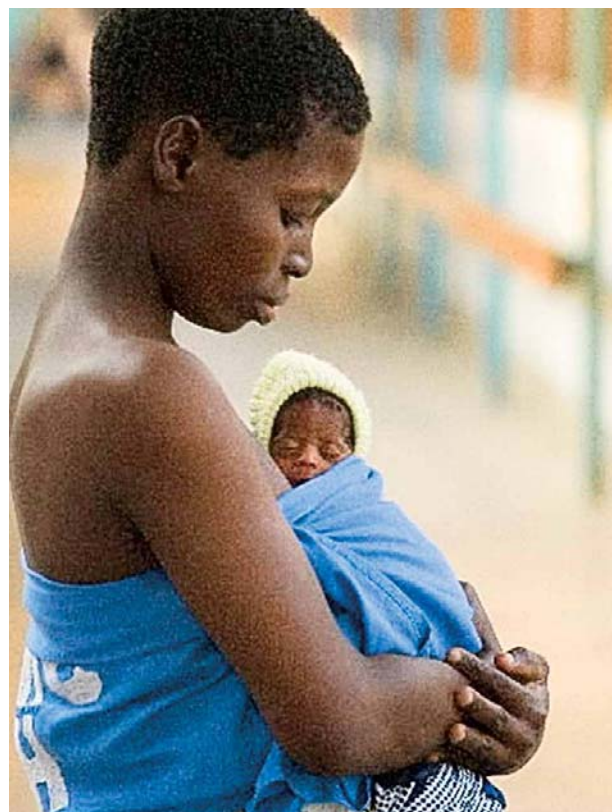
**Relier la politique nationale et l'action locale :** Pratiquement tous ces pays comptent des documents de stratégie de réduction de la pauvreté et des plans de réforme du secteur de la santé. Mais trop souvent, on note un écart entre la planification stratégique au niveau national et l'action dans les districts. La Tanzanie a formulé un outil permettant aux districts d'affecter les budgets locaux en fonction de catégories définies de charge locale de morbidité, ce qui a permis d'accroître les dépenses locales pour la survie de l'enfant et d'étendre progressivement la couverture en interventions essentielles.

**Responsabilisation communautaire et familiale :** Les soins pour les mères et leurs bébés et enfants sont essentiellement donnés à domicile où les femmes et les familles n'occupent pas une position passive. Si on leur donne les moyens, elles peuvent s'inscrire dans la solution pour sauver la vie et encourager des comportements sains. Au Sénégal, on a mis en place un comité national sur la santé néonatale ciblant l'établissements de santé et la communauté en forgeant des liens entre les deux et en impliquant les partenaires aux niveaux national et régional. Dans l'une des régions du pays, un projet soutenu par BASICS a renforcé les établissements de santé grâce à la formation des agents de santé, à une supervision constructive et à un bon approvisionnement en équipement de base. Les conseils donnés par les agents de santé communautaires (ASC) et les volontaires, ainsi que par les agents semi-qualifiés - les matrones - se sont améliorés. De pair avec l'utilisation des mass media, ces stratégies de communication ont permis d'améliorer les comportements familiaux, par exemple, ceux liés aux préparatifs à la naissance ou la constitution de réserves en cas d'urgence (de 44 % à 78 %), le fait de sécher le bébé rapidement après la naissance lorsqu'il naît à la maison (de 54 % à 73 %), de démarrer l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance (de 60 % à 78 %) et d'éviter les aliments pré-allaitement (de 39 % à 71 %).<sup>5</sup>

### Engagement démontré face à :

- Formulation de politiques pour soutenir les OMD 4 et 5 et étendre la couverture d'interventions et d'enveloppes essentielles de SMNI. La Carte routière et le Cadre de Survie de l'Enfant régional visent tous deux à étendre la couverture en interventions essentielles. Les plans de 5 ans et 10 ans doivent se concentrer continuellement sur les enveloppes essentielles de SMNI pour arriver à une couverture universelle, surtout pour les enveloppes plus difficiles à exécuter.

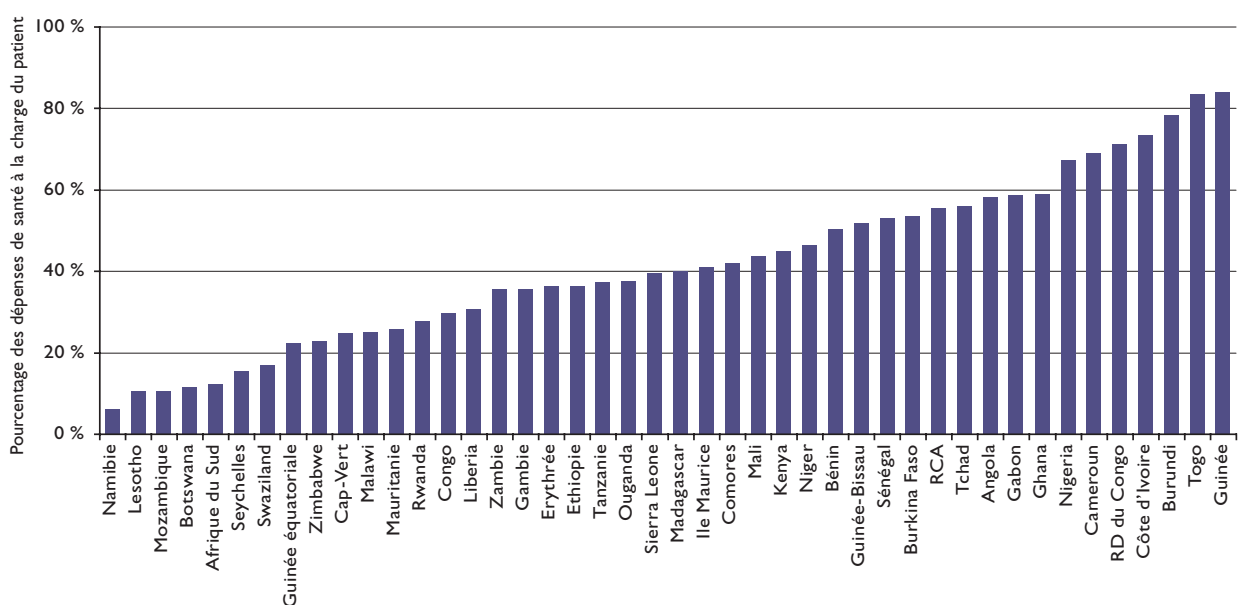
- *Utilisation maximale du potentiel des ressources humaines, notamment les groupes communautaires si indiqué.* L'engagement continu au renforcement des capacités en ressources humaines est particulièrement important pour étendre à plus grande échelle la pratique de l'assistance qualifiée lors de l'accouchement. La Fédération internationale des Gynécologues et Obstétriciens (FIGO) soutient les liens entre les associations professionnelles dans les pays développés et en développement afin de renforcer les capacités et d'améliorer la qualité des soins. Réussite notable en Ouganda où deux districts ont répondu au besoin non satisfait de SOU en améliorant la qualité dans les établissements et en augmentant la demande dans les communautés.<sup>6</sup> (Voir Section II, Encadré II.5.)
- *Mesurer les progrès et relier les données à la prise de décisions, en tenant compte de l'équité dans le suivi et l'évaluation des efforts d'expansion.* Certains pays se sont donné des approches novatrices à l'utilisation des données et ont encouragé la responsabilisation publique. Par exemple, chaque année, les journaux de l'Ouganda publient un tableau comparatif de tous les districts qui notent les progrès sur le plan santé et éducation et autres indicateurs clés. L'Afrique du Sud réalise une enquête nationale confidentielle sur les décès maternels<sup>7</sup> et compte un mécanisme pour examiner les décès néonataux et leurs causes.<sup>8</sup>
- *Mobilisation de ressources pour protéger le pauvre.* Il faudra étudier attentivement les services payants pour protéger le pauvre et arriver à un système de santé plus équitable. Même avec une meilleure offre et qualité de soins, les paiements diminuent quand même la fréquence des services de santé.<sup>9,10</sup> Les paiements de l'utilisateur font que certains soins salvateurs tels que les césariennes reviennent tout simplement trop chers. Une analyse du coût du quasi-décès maternel ou de la mort rattrapée et des dépenses obstétricales connexes au Ghana et au Bénin constate que le coût de tels soins pourrait représenter jusqu'à un tiers du revenu familial annuel entier.<sup>11</sup> Le Graphique IV.1 indique le pourcentage estimé des dépenses propres pour les soins de santé dans 44 pays. Dans la plupart des pays de l'Afrique australe, moins de 20 % des dépenses sanitaires sont des coûts propres grâce aux solides systèmes de sécurité sociale



dans ces pays. Par ailleurs, les 17 pays avec les dépenses propres les plus élevées se situent dans la région sub-africaine et en Afrique occidentale et centrale parmi les plus pauvres où 40 % à 80 % des dépenses de santé sont assumées directement par les familles. Plusieurs analyses montrent que les exonérations de paiement en fonction du statut socioéconomique sont très difficiles à appliquer.<sup>12,13</sup> Probablement que les exonérations en fonction d'aspects démographiques (âge, grossesse) seraient plus efficaces.<sup>10,14</sup> L'annulation du paiement de l'utilisateur fait grimper nettement les services, mais pourrait en même temps submerger le système alors qu'il perd justement le revenu provenant de ces paiements. Aussi, faut-il avancer avec précaution et se donner une stratégie progressive de suppression des

paiements.<sup>10</sup> Récemment, un certain nombre de pays africains ont supprimé les paiements ou ont changé les politiques pour essayer de réduire l'impact de ces paiements pour le pauvre. Au vu des coûts exorbitants pour les soins obstétricaux et d'urgence, les Gouvernements de la Zambie et du Burundi se sont joints en 2006 à au moins une douzaine d'autres pays de l'Afrique subsaharienne qui exonèrent partiellement ou entièrement les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants. La Zambie a supprimé tous les paiements et le Burundi exonère du paiement pour les accouchements et les césariennes, ainsi que pour les soins des enfants de moins de cinq ans. La Section V présente l'information disponible sur les tarifs et paiements pour la SMNI dans chaque profil de pays.

**GRAPHIQUE IV.1 Dans bien des pays africains, les familles portent le fardeau des dépenses de santé**



Source : Référence<sup>3</sup>. Pour de plus amples informations sur les dépenses à la charge du patient et autres indicateurs financiers, voir les profils de pays et les notes de données à la Section V.

### Concrétiser et passer à l'action

Des plans réussis débouchant sur une action concrète exigent une bonne volonté politique et de bonnes politiques. La volonté politique à elle seule n'arrivera pas à mobiliser l'investissement de temps, d'argent et d'énergie nécessaires pour soutenir l'action. Avec de bonnes politiques mais sans gouvernail, on n'arrivera pas à maintenir l'action dans le droit chemin et à consolider le système de santé en respectant le principe de l'équité. Une démarche participative repose sur le consensus face à un plan opérationnel progressif et facilitera et permettra l'intégration de la SMNI en réunissant les divers groupes intervenant au niveau de la santé maternelle et infantile, ainsi que ceux qui luttent contre le paludisme, le VIH et d'autres maladies. L'efficacité vient de l'action de deux démarches parallèles et interdépendantes (Graphique IV.2).

**Une démarche politique, participative** qui engage les principales parties concernées et encourage un contexte de politiques favorables, permettant d'arriver à un accord sur les ressources nécessaires à la mise en œuvre. Les parties concernées par cette démarche sont les suivantes :

**Groupe de parties concernées** - Dans l'idéal, c'est un groupe national ou local de partenaires pour la SMNI dirigé par le gouvernement national, avec les services du Ministère de la Santé pour la SMNI, ainsi que des ministères autres que celui de la santé, des partenaires et bailleurs de fonds concernés, des organisations non gouvernementales (ONG) et des groupements de plaidoyer féminin. Cette approche facilite l'acceptation d'un plan national pour la SMNI et l'harmonisation des ressources des bailleurs de fonds et autres ressources encourageant la consolidation d'un système national de la santé qui répond aux besoins de la SMNI au fil du temps.

**Groupe noyau** - Une équipe est mise sur pied et est dotée de termes de référence pour faire l'analyse situationnelle. Il est important que cette équipe comprenne des personnes avec une expérience et des compétences polyvalentes dans le domaine des programmes, des politiques et du traitement de données, ainsi que des représentants provenant des divers groupes de soutien à la SMNI.



**Un processus pour formuler un plan stratégique et opérationnel** en utilisant les données pour franchir systématiquement les étapes du cycle de gestion du programme :

**Étape 1.** Faire une analyse situationnelle de la santé néonatale dans le contexte de la SMNI

**Étape 2.** Formuler, adapter et financer un plan stratégique national ancré dans la politique nationale existante

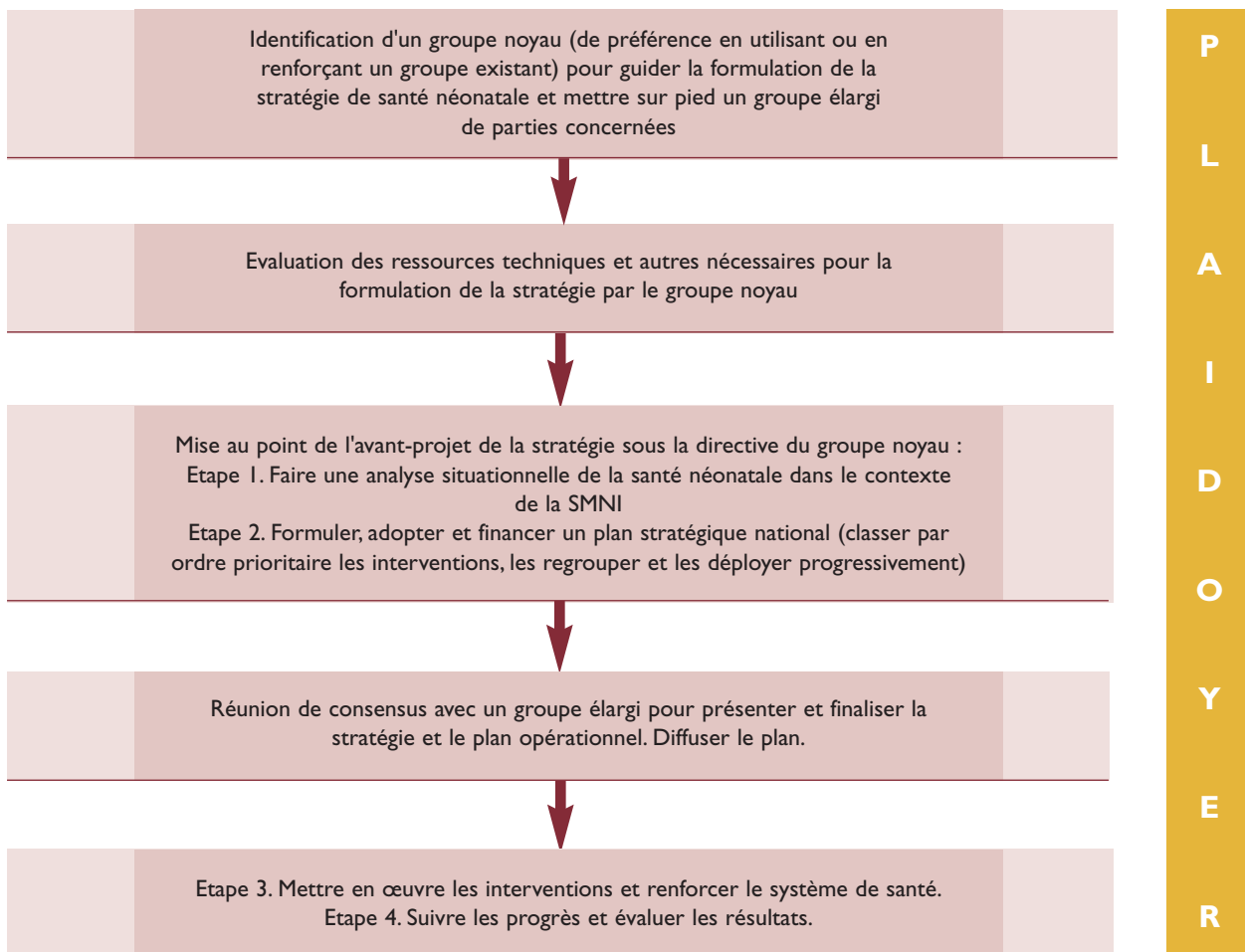
**Étape 3.** Mettre en œuvre les interventions et renforcer le système de santé

**Étape 4.** Suivre le processus et évaluer les résultats, les coûts et les ressources financières

Ces étapes seront adaptées aux divers contextes nationaux en fonction du stade actuel des plans de SMNI. Par exemple, si la Carte routière est déjà un document actif, la priorité pourrait être de se donner un plan opérationnel intégré pour le

renforcement de la santé néonatale qui relie ensemble la Carte routière, la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et d'autres politiques pour en faire un seul plan d'exécution. Ensuite, les Étapes 1 et 2 seraient moins importantes et consisteraient essentiellement à vérifier qu'il n'existe aucune grande lacune une fois revu le contenu des politiques existantes. Il est également utile de se donner des délais pour accomplir chaque étape et pour compiler le rapport. Un guide pour l'analyse situationnelle et des guides préliminaires pour l'accomplissement de ces étapes sont donnés sur le CD qui accompagne la présente publication. Ces outils ont été utilisés dans une série d'ateliers pour aider les équipes des divers pays à planifier le renforcement de la santé néonatale dans leurs pays.<sup>15</sup> Le CD présente également des exemples d'analyses et de plans situationnels nationaux.

**GRAPHIQUE IV.2 Ebauche de la démarche pour formuler et mettre en œuvre une stratégie et un plan opérationnel**



Source : Adapté de la référence<sup>16</sup>.

## **Etape 1. Faire une analyse situationnelle de la santé néonatale dans le contexte de la SMNI et fixer des buts nationaux pour la réduction du TMN liée aux cibles des OMD**

L'information probante non seulement renforce la politique et les programmes mais étoffe également le dialogue du plaidoyer. Les mêmes données peuvent être utilisées de manière différente à l'intention de divers publics. Souvent, les taux de mortalité à eux seuls n'influencent pas les décideurs, mais une fois qu'ils sont traduits en nombre de décès par jour ou par année, le concept abstrait n'est plus du domaine de la statistique, mais devient une réalité de tous les jours. Difficile d'ignorer le fait qu'un quart de million de bébés meurent chaque année au Nigeria. Les données sur la SMNI étayant ce dialogue et le plaidoyer sont présentées dans les 46 profils de pays à la fin de cette publication. De plus, l'utilisation de modèles qui présentent des données sur les pertes économiques imputables à la morbidité et à la mortalité, telles que les présentations PowerPoint sur la santé maternelle (REDUCE!) et la santé néonatale (ALIVE!), aide à rattacher ces informations au développement national en général.

De plus, des défenseurs de la cause seront choisis pour apporter des messages ciblés sur la SMNI et accélérer ainsi le changement. En Afrique de l'Ouest, les Premières Dames (épouses des présidents) ont apporté un grand soutien à la santé maternelle et néonatale.<sup>17</sup> En Mauritanie, la Première Dame a utilisé données et informations provenant du modèle de plaidoyer REDUCE! pour sensibiliser les décideurs, les dirigeants communautaires et la population en général sur l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale. Une telle action a poussé les gouvernements et la société civile à améliorer la SMNI dans le pays. Au Burkina Faso, un plaidoyer à haut niveau a permis d'augmenter le financement pour la SMNI et de diminuer les tarifs des césariennes (voir Graphique IV.3).

Une fois achevée l'analyse situationnelle (Graphique IV.4), il est important de fixer ou de revoir les objectifs nationaux sur le plan de la santé néonatale. Pour l'OMD 4, il est plus logique, du point de vue programmatique et politique, de suivre le TMM5 et le TMN plutôt que le TMM5 et le taux de mortalité infantile (TMI). La disponibilité des données est la même et il n'existe généralement que peu de différence dans les tendances ou solutions pour le TMM5 et le TMI, alors que le TMM5 et le TMN ont tendance à différer dans le taux de changement et dans les solutions éventuelles, tel que nous l'avons vu à la Section I.

### **ENCADRÉ IV.4 Evaluer le statut de la santé néonatale dans le contexte de la SMNI**

#### **Tâche 1 : Décrire le statut de la santé néonatale dans le contexte de la SMNI**

- Notifier par rapport aux principaux résultats de la SMNI tels que le TMM, le TMM5, le TMN, le taux de mortinatalité, les causes du décès néonatal et le taux d'IPN. Désagréger les principaux indicateurs du résultat par région géographique, groupe ethnique et quintile de revenus pour les populations peu desservies

#### **Tâche 2 : Examiner la couverture et la qualité des interventions essentielles**

- Couverture en enveloppes de SMNI, interventions essentielles et qualité des soins. Désagréger les principaux indicateurs de couverture par région géographique, groupe ethnique et quintile de revenus pour les populations peu desservies
- Intégration entre les différents points ou programmes de prestation de soins de services
- Comportements à domicile et pratiques culturelles
- Examiner davantage les raisons (offre et demande) pour la faible couverture
  1. Evaluer les barrières à l'accès des soins, du côté offre
    - Accès (longue distance, transport limité, questions de terrain géographique)
    - Ressources humaines (manque de personnel qualifié suite à la fuite des cerveaux, absentéisme)
    - Produits (mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement, échec de la chaîne de froid)
    - Qualité des soins (manque de normes ou de connaissance des normes ou faible motivation)
  2. Evaluer les barrières à l'obtention des soins, du côté demande
    - Connaissance des signes de danger pour les maladies néonatales ou les complications maternelles
    - Acceptabilité (comparer les profils des utilisateurs et des non-utilisateurs en tenant compte de la distance, des barrières culturelles ou autres)
    - Caractère abordable (paiements de l'utilisateur, exonérations inefficaces des paiements, coûts caché ou « sous la table »)

#### **Tâche 3 : Revoir les politiques actuelles, l'engagement et les possibilités**

- Plans de politiques et buts pertinents, tels que la Feuille de Route, le Cadre de Survie de l'Enfant, la réforme du secteur de la santé
- Dépenses sanitaires actuelles pour les interventions essentielles de la SMNI par les gouvernements et les partenaires clés

#### **Tâche 4 : Synthétiser les forces et les faiblesses du système de santé**

- Opportunités précoces pour sauver les vies
- Principales lacunes dans la prestation de services, soit pour certaines enveloppes, soit pour certains groupes ethniques ou socioéconomiques

Source : Adapté de la référence<sup>8</sup>

## Etape 2. Formuler, adapter et financer un plan stratégique national ancré dans la politique nationale existante

### Formuler un plan opérationnel intégré visant à combler les lacunes dans la continuité des soins

Souvent, les multiples plans et programmes de santé maternelle et infantile comportent des stratégies pour réduire la mortalité néonatale, tel que nous l'avons vu à la Section II et tout au long des programmes et enveloppes de soins dont il est question à la Section III. Il est possible que les pays disposent déjà de multiples plans opérationnelles. Par exemple, en Tanzanie, il existe une stratégie pour la réforme du secteur de la santé, la Carte routière, le plan de la PCIME et un Plan sectoriel de Réduction de la Pauvreté, ainsi que des plans spécifiques pour le Programme élargir de Vaccination (PEV), le paludisme et le VIH, dont tous se rapportent à la SMNI. Il faudrait du temps et cela prendrait sur l'énergie consacrée à l'action que de formuler un plan stratégique séparé qui ne traite que de la santé néonatale. Aussi, faut-il forger des liens opérationnels pratiques entre les activités et les plans existants (réforme du secteur de la santé, Carte routière et PCIME) pour étendre plus rapidement les interventions à impact prononcé en se donnant des objectifs de couverture par étape et en vérifiant une continuité fluide des soins.

### Repérer et exploiter les occasions ratées dans le système de soins de santé

Tel que l'a fait ressortir tout au long cette publication, il existe de nombreuses possibilités de réduire les décès de nouveau-nés dans le cadre des programmes existants tout au long de la continuité des soins où l'adjonction, l'adaptation ou le renforcement d'interventions liées à une enveloppe de soins existante permettraient d'étendre très rapidement la couverture. Les principaux exemples en sont l'adaptation de la PCIME



pour intégrer les soins du bébé malade lors de la première semaine de la vie et vérifier que chaque prestataire qualifié est en mesure de fournir les soins néonataux essentiels et les gestes de réanimation du bébé. En reliant les soins néonataux à des messages bien établis sur la vaccination et la prévention du paludisme, on arriverait rapidement à atteindre de vastes publics. Les audits des décès maternels sont encouragés partout en Afrique, surtout dans le cadre de « Beyond the Numbers » de l'OMS, qui aide les planificateurs des programmes à obtenir le bon type d'information pour prévenir les décès maternels.<sup>19</sup> Tout décès ou mort rattrapée d'une femme s'accompagne généralement d'un grand nombre de mort-nés et de décès de nouveau-nés. Les audits sur le décès maternel pourraient également examiner les décès fœtaux et néonataux puisque les échecs du système à l'origine du décès de la mère et du nouveau-né sont souvent les mêmes.

### Comblent progressivement les grandes lacunes dans la prestation de services

Tel que souligné dans les Sections II et III et, comme le révèlent clairement les données des pays le long de la continuité des soins dans les profils des pays africains de la Section V, la plupart des pays connaissent les lacunes suivantes :

- Faible couverture de soins qualifiés et de SOU, surtout pour les pauvres et les communautés rurales (Voir Section III chapitre 3)
- Faible couverture en soins postnatals et peu de connaissances concrètes sur la qualité des soins dispensés à domicile ou dans l'établissement de santé (Section 3 chapitre 4)
- Manque de responsabilisation ou habilitation communautaire systématique grâce au changement comportemental et à des interventions à base communautaire, surtout pour la santé néonatale et infantile.

Les soins qualifiés lors de l'accouchement représentent une enveloppe bien définie qui est étendue le plus aisément en passant par les établissements de santé.<sup>20</sup> C'est une enveloppe avec un effet prononcé susceptible de sauver la vie d'un grand nombre de mères et de bébés et de prévenir la mortalité. Elle exige un engagement constant en vue de rapprocher les établissements des familles, de produire et de garder un plus grand nombre de sages-femmes et davantage d'obstétriciens et de responsabiliser les communautés pour qu'elles demandent et qu'elles consultent des services de qualité. D'après les estimations, 180 000 sages-femmes supplémentaires sont nécessaires dans les 10 ans à venir pour arriver à la couverture universelle en Afrique subsaharienne.<sup>21</sup> Un tel accroissement des ressources humaines exige une planification, un investissement et une action concertés immédiats. C'est une solution à long terme et, si des plans intermédiaires sont nécessaires, ils ne doivent pourtant pas être pris au détriment de l'investissement futur dans les soins qualifiés.<sup>22</sup>

Les enveloppes de soins postnatals et de soins communautaires ne sont pas aussi bien définies que les autres enveloppes de soins. L'essentiel de l'information provient de l'Asie et doit être adaptée, éprouvée et peaufinée dans différents contextes africains. De plus, les groupes d'agents de santé communautaires disponibles dans les pays africains sont bien plus variables que ceux de l'Asie. Une évaluation minutieuse devra être entreprise de la viabilité à long terme avant de mettre sur pied de nouveaux groupes d'agents de santé, quel que soit le niveau.

Le Tableau IV.1 présente des idées pour échelonner des stratégies en fonction du TMN initial et de la capacité du système de

santé. Dans les contextes où la mortalité est la plus élevée, où le TMN est supérieur à 45 pour 1 000 naissances vivantes, la majorité des accouchements surviennent à domicile et si les soins qualifiés sont faibles (33 %), par contre, la couverture signalée en soins provenant d'accoucheuses traditionnelles est encore plus faible (20 %).<sup>23</sup> Plus de la moitié de toutes les naissances surviennent sans assistance du tout. Le *Rapport de la Santé dans le Monde de 2005* le décrit comme « dénuement de masse. »<sup>21</sup> Dans ces contextes, plus de la moitié des décès néonataux sont dus à des infections, y compris le tétanos.<sup>23</sup> Il est possible d'arriver à des réductions rapides dans le TMN en administrant les vaccinations antitétaniques et en recommandant des comportements sains à domicile. Selon une nouvelle analyse faite pour cette publication en fonction d'une méthodologie tirée de la série de survie du nouveau-né de *The Lancet*,<sup>24</sup> jusqu'à un tiers des décès néonataux pourraient être évités aux niveaux communautaire et familial en renforçant les ressources humaines et les soins qualifiés dans les établissements de santé. Si les décideurs et les responsables de programme ne commencent pas dès maintenant à renforcer le système de santé et surtout à étendre à plus grande échelle les soins qualifiés, bien des occasions seront perdues pour faire des progrès et sauver la vie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Les deux groupes intermédiaires avec des TMN se situant dans une fourchette de 30 à 44 et de 15 à 29 sont décrits comme « des marginalisés » par le *Rapport de la Santé dans le Monde de 2005*.<sup>21</sup> Si les populations riches et urbaines de ces pays ont accès à des soins qualifiés, par contre les populations pauvres ou autres groupes marginalisés sont privés d'un tel accès. La solution, c'est de supprimer les goulots d'étranglement à l'expansion. Aux niveaux les plus faibles du TMN, il existe probablement une plus grande inégalité encore au niveau de la couverture, surtout pour les interventions très onéreuses. Dans ces situations, on cherchera avant tout à améliorer la qualité des soins et les issues et problèmes à long terme tels que l'invalidité.

Si les 12 pays africains où la mortalité est la plus élevée commençaient au niveau communautaire tout en renforçant les enveloppes de soins cliniques plus complexes et en étendant progressivement, dans le cadre de trois étapes de couverture de 20 %, afin d'arriver à la couverture de 90 % des interventions essentielles, alors même avec la première couche d'accroissement de 20 %, jusqu'à 171 000 vies de nouveau-nés pourraient être sauvées chaque année. La moitié des décès néonataux en Afrique évitables par le biais d'interventions essentielles (409 000 de 800 000) se trouvent dans ces 12 pays à mortalité élevée (Tableau IV.2). Les coûts supplémentaires des interventions dans les 13 pays de l'étape 1 se situent à 0,12 milliard \$US, passant à 0,22 milliard \$US pour une couverture de 90 % lorsque les trois quarts du coût concernent la prestation de soins cliniques.<sup>25</sup> Pour de plus amples détails sur cette analyse, voir les notes de données de la Section V.

#### Estimer le coût du plan et combler le déficit de ressource

Les pays qui ont estimé le coût des programmes spécifiques de SMNI et qui ensuite, relient ce coût à une estimation du nombre de vies épargnées sont plus susceptibles de voir une augmentation dans les ressources consacrées à la santé maternelle et néonatale. De plus, l'obtention du consensus pour l'adoption du plan opérationnel renforce le leadership du gouvernement et l'harmonisation entre partenaires. Si les ressources des partenaires étaient harmonisées dans un pays donné, permettant aux investissements de la SMNI d'observer les priorités nationales,

**TABLEAU IV.1 Idées pour des stratégies progressives et de la capacité du système de santé**

Contexte de mortalité		TMN > 45
Couverture et fonction du système de santé	<b>Lieu de naissance</b> (% médian des naissances dans les établissements)*	Majorité à domicile (33 %)
	<b>Soins prénatals</b>	Couverture modérée (médian 66 %)
	<b>Soins qualifiés à la naissance</b> (couverture médiane AT)*	Médian 41 % (20 %)
	<b>Soins obstétricaux d'urgence et soins néonataux</b>	Services très limités
	<b>Soins postnatals</b>	Couverture très faible
Priorités d'expansion dans les 2 à 3 premières années	<b>Principes pour étendre les objectifs de couverture dans les 2 à 3 prochaines années</b>	Démarrer des plans systématiques pour augmenter la couverture en soins qualifiés. Viser à renforcer les comportements familiaux prioritaires et la couverture des services mobiles.
	<b>Famille et communauté-exemples d'expansion plus rapide</b>	Encourager les préparatifs de la naissance, les bonnes mesures d'hygiène lors de l'accouchement, la demande pour des soins néonataux optimaux. Envisager des soins supplémentaires pour les nourrissons avec IPN dans le cadre des visites postnatales à domicile. Envisager les trousses d'accouchement propre pour les naissances à domicile.
	<b>Stratégie avancée et établissement de santé de premier niveau - exemples d'expansion plus rapide</b>	Étendre la couverture en vaccins antitétaniques (au moins 2 vaccinations pendant la grossesse), les interventions d'espacement des naissances, la PCIME, les soins postnatals routiniers.
Investissement à moyen terme	<b>Soins cliniques et soins hospitaliers dans les 24 heures - exemples d'expansion plus rapide</b>	Démarrer des plans systématiques pour augmenter la couverture en personnel qualifié, les SOU et les soins néonataux, au moins dans les hôpitaux de district.
	<b>Principes pour le moyen terme</b>	Formuler un plan d'exécution pour les ressources humaines, y compris la délégation de tâches si c'est indiqué, les finances et les produits pour augmenter la couverture en soins qualifiés, les services mobiles et les soins familiaux. Renforcer les liens entre les communautés et les établissements et encourager la participation communautaire.
Vies sauvées	<b>Vies sauvées dans les 12 pays avec TMN le plus élevé (&gt;45) progressant le long des 4 phases de la réduction du TMN avec couverture étendue en enveloppes essentielles</b>	Couverture initiale des interventions essentielles étendue de 20 %.  Jusqu'à 171 000 vies de nouveau-nés sauvées dans 13 pays de l'Afrique subsaharienne par rapport aux données de base.

## sauvant la vie des enfants, dans le cadre de programmes existants, en fonction du TMN initial

TMN 30-44	TMN 15-29	TMN > 15
Mélange domicile et établissement de santé (48 %)	Majorité dans les établissements de santé (65 %)	Presque exclusivement dans les établissements de santé (98 %)
Couverture modérée à élevée (médian 77 %)	Couverture élevée, mais inégalités (médian 82 %)	Couverture élevée (médian 98 %)
Médian 50 % (AT 18 %)	Médian 85 % (AT 9 %)	Médian 98 % (ND)
Couverture modérée, manque d'accès/prix élevés	Couverture modérée à élevée, qualité variable, inégalités subsistent	Couverture universelle
Faible couverture	Couverture modérée	Couverture élevée
Viser à étendre plus rapidement la couverture en soins qualifiés. Continuer à augmenter la couverture en comportements familiaux prioritaires et services mobiles.	Viser une couverture universelle en comportements familiaux prioritaires, stratégie avancée et soins qualifiés.	Garantir l'égalité et encourager une meilleure qualité des soins.
Encourager la demande pour des soins qualifiés et des soins néonataux optimaux. Envisager des soins supplémentaires pour les nourrissons avec IPN dans le cadre des visites postnatales à domicile.	Encourager des comportements sains à domicile et des comportements de consultation des services de santé.	Encourager des comportements sains et traiter les comportements peu sains, par exemple, tabagisme et consommation de drogues.
Augmenter la couverture et la qualité des CPN, de la PCIME et des soins postnatals routiniers.	Viser une couverture universelle de CPN, de PCIME et de soins postnatals routiniers de haute qualité.	Viser une couverture universelle de CPN et de soins postnatals routiniers de haute qualité.
Augmenter les soins qualifiés à la naissance, les SOU fonctionnels et les soins néonataux dans les hôpitaux de district et de sous-district.	Garantir la couverture universelle de soins qualifiés à la naissance, de SOU et de soins néonataux dans les établissements périphériques.	Garantir une couverture universelle de soins qualifiés à la naissance, de SOU et de soins néonataux.
Mettre en œuvre des plans pour augmenter la couverture en personnel qualifié, surtout dans les endroits difficiles à atteindre. Formuler des directives, une formation, une supervision et des outils de suivi et d'évaluation. Concevoir des mécanismes de financement pour protéger le pauvre.	Améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux et introduire les audits sur les décès maternels-mort-nés/décès néonataux. Traiter les inégalités qui subsistent (socioéconomiques, géographiques, rurales, tribales, etc.). Préparer une couverture intégrale des soins intensifs néonataux.	Envisager d'établir un système de référence régionalisé. Apporter un suivi à long terme des bébés avec complications majeures.
Couverture en interventions essentielles étendue de 20 % en plus.  Jusqu'à 280 000 vies de nouveau-nés sauvées.	Couverture en interventions essentielles étendue de 20 % en plus.  Jusqu'à 355 000 vies de nouveau-nés sauvées.	Couverture en interventions essentielles étendue à 90 %.  Jusqu'à 409 000 vies de nouveau-nés sauvées.

Source : Adapté des références<sup>23,26</sup>  
 Basé sur l'analyse EDS, tel que décrit à la référence<sup>23</sup>. Voir notes de données à la Section V pour des détails sur l'analyse des vies sauvées pour l'Afrique subsaharienne en utilisant les hypothèses et les modèles décrits dans la série de survie néonatale de *The Lancet*.<sup>24,27</sup> Les 12 pays en Afrique avec un TMN supérieur à 45 pour 1 000 naissances vivantes sont les suivants : Angola, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Gambie, Guinée Bissau, Lesotho, Liberia, Mali, Nigeria, Sierra Leone et Somalie.

on pourrait avancer bien plus rapidement. Tel est d'ailleurs le principe fondateur du Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile. L'enveloppe de soins essentiels et la Carte routière du Mali en sont de bons exemples qui ont permis d'obtenir un financement supplémentaire de plusieurs bailleurs de fonds une fois les coûts estimés (voir Encadré IV.3)

Toute une gamme d'outils programmatiques sont disponibles (voir Tableau IV.2), certains pour fixer les coûts, certains pour une planification plus détaillée et d'autres estimant le coût et l'impact sur la santé maternelle, néonatale et infantile par le biais d'un certain nombre de scénarios de couverture simulés

et par l'intermédiaire de divers modes de prestation de services.<sup>26</sup> Ces outils ont besoin d'information locale, surtout en ce qui concerne le choix des interventions, la couverture initiale et celle ciblée, les données démographiques et épidémiologiques, l'information sur le système de santé (nombre d'établissements, ressources humaines et les prix des médicaments et salaires locaux). Certains de ces outils ont relié les prix des médicaments et les salaires comme valeur implicite si cette information n'est pas disponible localement. Les efforts continuent pour mieux harmoniser ces outils.

**TABLEAU IV.2 Récapitulatif de certains outils programmatiques pertinents qui comprennent des estimations de coût**

	Outil OMS sur les coûts de la santé infantile	Enveloppe des technologies sanitaires essentielles (EHTP)	Outil UNFPA sur les coûts de la santé de la reproduction	Budgétisation marginale pour les goulots d'étranglement (MBB) (UNICEF, Banque mondiale, OMS)
<b>Objectif</b>	Estimer les coûts de fonctionnement pour les divers niveaux de couverture pour des interventions choisies de survie de l'enfant	Planifier les ressources (humaines et fournitures) nécessaires pour dispenser un ensemble choisi d'interventions de soins de santé	Estimer les coûts de fonctionnement et/ou d'expansion	Comparer l'estimation de vies sauvées et le coût marginal d'interventions essentielles à divers niveaux de couverture, en cherchant à supprimer les principaux goulots d'étranglement de l'offre et de la demande qui freinent l'expansion de la couverture.
<b>Utilisation</b>	Peut être utilisé pour la planification à moyen terme au niveau national ou sous-national une fois conçue la stratégie	Peut être utilisé pour une planification et une logistique détaillées dans un programme, en utilisant des interventions définies	Peut être utilisé pour estimer et formuler des budgets pour les stratégies et plans sectoriels existants (Feuille de route) au niveau national ou local	Peut être utilisé pour guider l'établissement de priorité et la progression par phase dans le contexte de la planification et du dialogue de politiques, au niveau national ou régional
<b>SMNI</b>	Santé infantile uniquement, mais outil peut être élargi	Santé reproductive et infantile	Santé reproductive et maternelle	Santé maternelle, néonatale et infantile, paludisme, vaccinations, VIH/SIDA
<b>Fixation de coûts</b>	Ne comprend pas actuellement les coûts systémiques ou frais généraux	Ne comprend pas actuellement les coûts systémiques ou frais généraux	Coût des activités et amélioration du système de santé (formation, équipement, système de référence, etc.)	Coût des activités et amélioration du système de santé nécessaire pour supprimer les goulots d'étranglement freinant l'expansion
<b>Résultats</b>	Coût et ressources (ressources humaines, établissements, médicaments et fournitures, équipement)	Ressources (médicaments et fournitures, équipement, RH et établissements) et logistique pour fournir une enveloppe d'interventions définie par l'utilisateur	Coût de la fourniture d'une enveloppe essentielle d'interventions en santé reproductive (planification familiale, CPN et soins à l'accouchement, SOU, prise en charge des IST/VIH)	Vies estimées sauvées (impact) pour les mères, les nouveau-nés et les enfants  Coûts estimés (par habitant) pour étendre la couverture en enveloppes acceptées d'interventions de SMNI
<b>Logiciel</b>	Tableurs Excel	Logiciel et interface adaptés	Tableurs Excel	Comparaison de diverses interventions et approches de fournitures et options d'expansion, y compris les coûts de renforcement du système de santé Tableur Excel doit être adapté
<b>Convivialité</b>	Relativement simple à utiliser et peut être fait avec un soutien en l'espace de quelques semaines	Demande une formation approfondie pour l'emploi et prend du temps	Relativement simple à utiliser et peut être fait avec un soutien en l'espace de quelques semaines	Complexe du point de vue technique, avec toute une gamme d'hypothèses et demande formation et expertise pour l'utilisation et prend du temps

Source : Adapté de la référence I5 avec des données spécifiques supplémentaires de l'UNFPA.

### Etape 3. Mettre en œuvre les interventions et renforcer le système de santé

Les pays et les programmes qui ont réussi à étendre la couverture se sont concentrés sur certaines interventions et enveloppes choisies plutôt que de tout essayer d'un seul coup. Certes, il est bien plus efficace de se concentrer sur un nombre moindre d'interventions de haute qualité, bien qu'il n'en faille pas pour autant oublier les autres éléments de la réussite : leadership, gestion et utilisation efficace des données pour prendre les décisions. Peu à peu, d'autres interventions exigeant plus de compétences et des fournitures plus chères pourront être ajoutées aux enveloppes de soins essentiels. Par exemple, le dépistage et le traitement de femmes enceintes souffrant d'infections urinaires asymptomatiques est une approche qui a fait ses preuves, mais qui est bien plus complexe et plus chère que les interventions de SPN plus simples. Par ailleurs, lorsque la capacité augmente ou lorsque les orientations sont plus efficaces, cette intervention pourra être ajoutée à l'enveloppe essentielle.

Les questions suivantes devront être posées lors de l'exécution d'un programme :

- **Quoi ?** Interventions essentielles
- **Où ?** Domicile ou centre de soins primaires, suivant l'intervention
- **Avec quoi ?** Fournitures, produits et médicaments
- **Qui ?** Les compétences requises et les groupes qui les maîtrisent
- **Quand ?** Par le biais d'une approche intégrée tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale

Les directives mondiales doivent être adaptées à l'échelle nationale et inclure des aides professionnelles pour la formation en cours d'emploi, la supervision et la réglementation. Les audits réguliers sont un outil très utile favorisant l'amélioration de la qualité.<sup>8</sup>

### Renforcer l'approvisionnement

#### Où et avec quoi ? Infrastructure, fournitures et produits

Les soins néonataux sont souvent associés à une technologie avancée et pourtant, la majorité des décès de nouveau-nés pourraient être évités avec une simple technologie ou sans technologie du tout. En Europe et en Amérique du Nord, le TMN était inférieur à 15 avant l'utilisation plus répandue des soins intensifs néonataux. L'allaitement maternel et la vaccination antitétanique sont des exemples d'interventions simples et pourtant efficaces qui sont possibles, même si l'infrastructure n'est pas très avancée (Tableau IV.1). Par ailleurs, si nous voulons atteindre l'OMD 4, les soins en milieu clinique, pas forcément les soins néonataux intensifs, sont nécessaires : soins qualifiés à l'accouchement et SOU qui demandent une salle d'opération, réserve de sang sans risques et liste plus étendue des médicaments essentiels. Ce sont des investissements importants pour tout pays qui prend au sérieux la vie des mères et des bébés.

#### Qui ? Ressources humaines

L'élément « qui » (ressources humaines) est la clé de la réussite pour sauver les mères et les bébés.<sup>28</sup> L'OMS a retenu 32 pays en Afrique subsaharienne connaissant une grave pénurie de personnel qualifié et une très faible densité de main-d'œuvre et où l'action urgente est nécessaire pour répondre aux OMD liés à la santé.<sup>3</sup> Pratiquement tous les pays africains connaissent des lacunes dans la prestation de services, généralement dans les zones rurales suite aux difficultés liées au recyclage et à la répartition du personnel qualifié.

La mise en place d'équipes d'agents de santé aux compétences polyvalentes est une approche permettant d'étendre la couverture et de renforcer l'efficacité. Les évaluations sur le temps et la rotation professionnelle nous montrent que les sages-femmes passent beaucoup de temps à accomplir des tâches administratives, telles que la tenue de dossier. Si nous manquons déjà de sages-femmes, comment pourrait-on réserver leur temps pour réaliser des tâches qualifiées, telles que les soins à l'accouchement ? En retirant les tâches administratives de leurs termes de référence, on augmentera non seulement leur satisfaction professionnelle mais également leur efficacité. Dans la plupart des cas, des changements juridiques seront nécessaires pour soutenir la délégation des responsabilités. Dans le cadre d'une enquête récente des services de SOU, la Tanzanie a constaté que moins de 10 % de ses établissements dispensant des soins obstétricaux de base répondaient aux normes escomptées, puisqu'aucun n'était en mesure de fournir une extraction par ventouse. Aussi, la réglementation nationale a-t-elle été revue pour permettre aux sages-femmes de réaliser des extractions par ventouse.

Trop souvent, les défis liés aux ressources humaines sont relevés de manière fragmentaire, au coup par coup et cela ne fait que prolonger la crise existante. Certes, il est important de renforcer l'utilisation du traitement antirétroviral (ARV) dans un grand nombre de pays africains, mais les salaires et autres incitations offertes par les programmes des ARV ont été nettement supérieurs aux autres programmes, encourageant ainsi le personnel à quitter les services de santé routiniers et ralentissant l'expansion d'autres interventions à impact élevé. Le Malawi a déployé un effort concerté pour formuler un plan complet de ressources humaines (Encadré IV.5). Aussi, faut-il un plan général le long des axes de la FORMATION, du MAINTIEN et du SOUTIEN.<sup>30</sup>

#### ENCADRÉ IV.5 Programme des ressources humaines d'urgence au Malawi

Le Malawi ne compte une faculté de médecine que depuis les années 90 et connaît une pénurie chronique de médecins, d'infirmiers et d'agents qualifiés, situation encore aggravée par la fuite des cerveaux et le SIDA. Une enquête, faite en 2003 auprès des établissements de santé, indiquait que sur les 617 formations sanitaires du pays, seules 10 % satisfaisaient aux normes de prestation de services de santé essentielle en fonction de la disponibilité des services et des niveaux de personnel. Après la mise en place, par le gouvernement, de l'Enveloppe de Santé essentielle en 2004, on a noté que l'obstacle le plus grand à cette mise en œuvre résidait dans les niveaux de personnel. Aussi, un programme des ressources humaines d'urgence a-t-il été mis au point par le programme et les partenaires aux fins suivantes :

- Améliorer les incitations pour le recrutement et la rétention du personnel grâce à des primes salariales
- Renforcer la capacité de formation nationale, en utilisant temporairement des moniteurs internationaux pour les médecins et les infirmiers
- Apporter une assistance technique internationale pour renforcer la capacité de gestion et les compétences et mettre en place un système de suivi et d'évaluation des mouvements des ressources humaines

Source : Adapté de la référence<sup>29</sup>

### **FORMATION- Produire un plus grand nombre d'agents de santé, surtout des agents qualifiés**

- Augmenter la capacité des établissements d'enseignement, en collaborant également avec les instituts privés. L'Afrique du Sud a l'intention de confier la formation de milliers d'agents de santé à des ONG et des organismes pédagogiques privés qui ont été homologués par le Département de la santé. De strictes normes ont été adoptées concernant le niveau devant être atteint après avoir suivi un plan de formation standardisé. Il est nécessaire d'accélérer ce type d'initiatives pour répondre à la crise actuelle du personnel soignant.
- Encourager les partenariats Nord-Sud pour accélérer les formations du personnel de santé.
- Mettre au point des incitations de reprise du travail pour ceux qui ont quitté la vie active (par exemple, sous forme de crèches pour les enfants).
- Elargir l'espace fiscal pour sauver des vies - il faudra des budgets de la santé bien plus conséquents si on veut répondre à la crise actuelle des ressources humaines en Afrique.

### **MAINTIEN**

- Augmenter les salaires et améliorer les conditions d'emploi.
- Améliorer la motivation du personnel grâce à des incitations et satisfaction professionnelle (prestige, salaires, conditions de travail, promotion, rémunération basée sur le rendement et la performance professionnelle)<sup>31</sup>
- Fournir des services de prévention du VIH et apporter des soins et un soutien aux agents infectés.
- Organiser des horaires souples pour les familles et le personnel séropositif à VIH.

### **SOUTIEN**

- Utiliser de bonnes techniques de gestions avec des descriptions claires des tâches, en faisant correspondre les compétences aux tâches et en équilibrant la gamme des aptitudes au sein d'une équipe.<sup>3</sup>
- Vérifier une supervision compétente et constructive du personnel.
- Redistribuer le personnel en fonction des modes d'utilisation indiquée et pourvoir aux postes prioritaires, accorder des primes d'incitation pour les postes ruraux.
- Renforcer l'efficacité en recyclant le personnel dans le cadre de formation en cours d'emploi et téléenseignement. A cet effet, l'Afrique du Sud a fait appel à une approche novatrice basée sur une formation à distance qui a permis de mettre à jour les compétences de plus de 30 000 sages-femmes à un coût d'environ 5 \$ par personne.<sup>32,33</sup>
- Sous-tendre fermement le travail en équipe et la délégation des tâches avec les lois et réglementations correspondantes, à l'exemple du Mozambique où la loi permet aux assistants chirurgicaux de faire des césariennes.<sup>34</sup> Au Ghana, ce sont les aides-infirmières qui s'occupent de nombreuses des tâches plus simples, permettant ainsi aux infirmières et aux sages-femmes de se tourner vers des services plus complexes.
- Etudier la meilleure utilisation des ASC pour apporter les soins le plus proche possible du domicile.

L'actuelle « seconde révolution des soins de santé primaires » (Encadré IV.6) en Afrique est l'occasion rêvée d'intégrer dans plusieurs pays les interventions essentielles de SMNI aux tâches et à la formation des ASC. Il faudra toutefois tirer les leçons pertinentes de la première révolution des soins de santé primaires.<sup>35</sup>

### **ENCADRÉ IV.6 La seconde révolution des soins de santé primaires - une possibilité pour la SMNI**

La première révolution des soins de santé primaires atteignait son apogée en 1978 Déclaration d'Alma Ata qui prévoyait une santé pour tous d'ici l'an 2000 en utilisant les soins de santé primaires comme le principal véhicule axé sur la santé maternelle et infantile (SMI). Nombreuses sont les raisons expliquant que ce véhicule est tombé en panne, notamment le manque de priorités fixes puisque les politiques sanitaires internationales se sont tournées vers l'éradication des maladies. Par ailleurs, si de multiples tâches ont été confiées aux ASC, ces derniers n'ont par contre reçu que peu, voire aucune supervision et ont continué à être mal payés. Malgré l'énorme vague d'agents formés, peu d'évaluation attentive a été publiée.

Après une série de programmes verticaux, y compris l'éradication continue de la poliomyélite et les activités renforcées de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, qui ont occupé le centre des approches de prestation de santé, l'attention à présent est accordée à la SMNI comme le pivot des soins de santé. Les communautés et les ASC sont à nouveau vus comme des agents d'importance vitale pour l'expansion des soins. En Afrique subsaharienne, la crise des ressources humaines a accéléré le changement de politiques en faveur des ASC. Par exemple, l'Ethiopie est en train de former 30 000 animatrices de santé communautaire chargées de la SMNI, de la lutte contre le paludisme et le VIH.<sup>36</sup> Le Kenya, le Ghana et l'Afrique du Sud sont en train d'organiser des programmes nationaux avec les ASC. Le Nigeria est également en train de renforcer la capacité des animateurs communautaires disposant de compétences essentielles pour la SMNI.

Et pourtant, une recherche de la littérature disponible pour guider ces politiques met à jour un manque d'études concernant l'impact sur la mortalité. La plupart des évaluations se penchent sur le processus plutôt que sur l'impact et un grand nombre d'entre elles sont liées à des programmes d'intérêt spécial - notamment, une couverture accrue en moustiquaires imprégnées aux insecticides, au vaccin contre la rougeole ou à l'éradication de la dracunculose. Peu de



publications discutent de l'évaluation du processus des services de SMNI, tels que l'allaitement maternel et la promotion nutritionnelle et aucune n'a été trouvée sur les programmes intégrés de la santé infantile ou de la SMNI, alors que ces programmes sont en train d'être étendus à plus grande échelle. Des programmes, tels que celui bien connu de la Survie infantile accélérée, encadré par l'UNICEF et financé par l'Agence canadienne du Développement international, ainsi que le travail communautaire de l'UNICEF sur le plan de la PCIME existent bien dans plusieurs africains,<sup>26</sup> mais manquent d'évaluation externe rigoureuse concernant l'impact sur la mortalité et n'expliquent nullement comme ces résultats sont associés à des choix importants concernant la manière de mettre en œuvre ces programmes.

L'Asie du Sud apporte un bien plus grand nombre d'études démontrant une réduction de la mortalité, mais surtout dans le cadre de petits programmes. Une évaluation plus rigoureuse des interventions communautaires est nécessaire de manière urgente, surtout pour l'Afrique. Alors que ces programmes sont mis en œuvre à plus grande échelle, il est important d'évaluer leur processus, marqueur de réussite à grande échelle, coût et impact sur la mortalité. En effet, cela permettra de vérifier que les investissements sont sauvegardés et qu'il existe la possibilité de sauver des vies en reliant les systèmes des ASC au système formel de la santé.

Source : Adapté de la référence<sup>35</sup>

## Augmenter la demande

Étendre la couverture d'interventions ne se réduit pas simplement à l'augmentation de la fourniture de services. Dans bien des pays africains, la faible couverture en soins qualifiés n'est pas simplement une question de l'offre. Les familles peuvent avoir accès à un établissement de santé pour l'accouchement, mais un grand nombre resteront chez elles pour diverses raisons :

- Manque d'observance des recommandations suite à un manque d'information ou à une mauvaise compréhension
- Obstacles entravant l'accès, tels que la distance et un terrain difficile
- Faible qualité ou absence de qualité dans les services de santé et chez les prestataires
- Manque de respect de la femme ou du pauvre
- Barrières culturelles, ethniques et barrières liées au sexe
- Incapacité à couvrir les coûts directs (officiels ou sous la table) ou les coûts d'opportunité, par exemple, le manque à gagner ou les deux
- Obstacles locaux entravant l'offre et la demande, par exemple, les paiements de l'utilisateur

L'utilisation augmentera rapidement si une attention systématique et minutieuse est donnée au côté demande des soins, surtout pour les soins qualifiés.<sup>37</sup> Le Tableau II.1 de la Section II propose des solutions pour lever certains des obstacles susmentionnés. En effet, les prêts communautaires ou les plans participatifs pour les transports d'urgence concernant les soins obstétricaux et néonataux peuvent faciliter l'utilisation d'équipes de brancard, d'ambulances à bicyclette et de remboursement communautaire des frais de transport par des coopératives locales.<sup>38,39</sup>

## Intégrer les services de SMNI à d'autres programmes clés

Plus facile de prêcher l'intégration que de la faire. Une intégration réussie demande une description claire des rôles et fonctions, par exemple, des protocoles et directives de soins, des circuits d'orientation bien délimités, une bonne gestion de l'offre, ainsi que des systèmes d'information et de supervision.<sup>40</sup> Toutes ces activités dépendent d'un solide leadership technique au niveau

central. Maintenir des compétences de gestion de haute qualité dépend d'un programme structuré de renforcement des capacités humaines par le biais de mises à jour, formation et possibilités régulières d'éducation. De plus, la direction donnée par le gouvernement central doit être complétée par des responsables au niveau district pour garantir un lien efficace entre le niveau central et les établissements de santé,<sup>41</sup> tel que le montrent les expériences provenant de programmes à grande envergure. Un examen de 15 programmes réussis de lutte contre les maladies tropicales constate que des programmes efficaces décentralisent et intègrent les opérations mais maintiennent une certaine autorité décisionnelle centrale.<sup>42</sup>

Faciliter l'intégration, et surtout le faire en sorte qu'elle arrive au niveau du district prendra du temps et ne sera pas facile, tel que nous le montrent les expériences d'intégration de la PTME et de la SMNI en Ouganda (Encadré IV.7). Aussi, sera-t-il probablement plus efficace d'utiliser une approche par étapes à l'avenir. Il faudrait au moins engager une bonne diversité et nombre d'agents de santé, de superviseurs et de responsables, surtout au niveau district, et stimuler un meilleur sentiment d'appartenance nécessaire pour fournir des interventions néonatales efficaces.



#### ENCADRÉ IV.7 Encourager une approche intégrée à une survie sans VIH en Ouganda

Le Ministère de la Santé et les partenaires en Ouganda ont reconnu que l'intégration de la prévention du VIH aux programmes existants de planification familiale, soins prénatals, soins liés à l'accouchement, soins postnatals et PCIME bénéficierait aussi bien à la prévention du VIH qu'à la SMNI. La stratégie d'intégration avait pour objectifs de :

1. Mettre au point des outils et directives pour la planification, la mise en œuvre, la supervision et le suivi et l'évaluation de l'approche intégrée
2. Renforcer le système de santé pour fournir des services intégrés de SMNI et de VIH/SIDA dans le cadre des programmes existants
3. Documenter les expériences d'intégration à partir de sites d'apprentissage à divers niveaux

Ce processus a fait appel à un groupe de travail technique qui a organisé des réunions avec les parties concernées par la santé infantile, la santé de la reproduction, le paludisme, la PTME, les universitaires, les organisations professionnelles et autres partenaires du développement.

Une évaluation des besoins a été réalisée à divers niveaux :

*Niveau national* : Il existait des politiques favorables à l'intégration, avec un grand nombre de partenaires désireux de s'engager et disposant de la capacité technique nécessaire, mais par contre il n'existait pas de matériel de formation intégrée ni de processus à haut niveau pour mettre en œuvre les politiques.

*Niveau district* : La volonté d'intégrer était présente mais le travail en équipe était difficile entre les divers programmes (santé de la reproduction et VIH) et la capacité était insuffisante pour mettre en œuvre les divers volets du programme. La supervision se faisait verticalement et les données pour la santé de la reproduction et la PTME étaient reçues séparément, sans analyse conjointe.

*Niveau de l'établissement de santé* : La planification familiale et les soins postnatals étaient un faible maillon dans la chaîne et l'infrastructure, le personnel et l'approvisionnement (produits de prévention des infections) et médicaments essentiels étaient insuffisants dans tous les établissements évalués.

*Niveau communautaire* : Les communautés étaient au courant des services dispensés mais pensaient qu'ils étaient de mauvaise qualité. Un grand nombre des répondants n'étaient pas au courant des services et des comportements sains. La collaboration était insuffisante entre les prestataires de soins et les communautés. La violence à l'égard des femmes et le manque d'engagement de l'homme sont des obstacles continus.

#### Réalisations

- Mise en place d'une équipe de coordination pour guider l'exécution des activités d'intégration avec formateurs au niveau central pour les activités de formation et de supervision
- Intégration achevée des directives, des protocoles et du matériel de formation pour la PTME, les CPN, les SOU et les soins postnatals ; livret revu sur les conseils intégrés pour les femmes enceintes et création de services de soins postnatals
- Evaluation des données initiales se rapportant à l'intégration et PTME intégrée dans le système actuel d'information en gestion sanitaire



#### Défis à relever

- Manque de collaboration entre les programmes individuels en ce qui concerne la planification et le partage des ressources
- Maintien de la confidentialité concernant le statut VIH lorsque les registres des CPN et de la PTME sont harmonisés
- Faibles services de soins postnatals
- Aucune mise en œuvre ou évaluation systématique n'est planifiée pour les interventions communautaires

Source : Adapté de Dr Lukoda Ramathan, Ministère de la Santé/OMS Ouganda. Les expériences sur l'intégration du VIH à la SMNI en Ouganda. Genève. 5-6 avril 2006.

#### Etape 4. Suivre le processus et évaluer les résultats, les coûts et les ressources financières

S'il est d'importance critique d'étendre à plus grande échelle les services, il n'en reste pas moins tout aussi important d'augmenter la disponibilité et la qualité de l'information pour juger des progrès et étayer la prise de décisions. D'après une estimation récente, le coût d'expansion d'un système intégré complet d'information en gestion sanitaire coûterait moins de 0,50 \$US par habitant.<sup>43</sup> La sélection des indicateurs servant au suivi et à l'évaluation dépend de la manière dont les données seront utilisées. La collecte de données a pour objet de suivre l'accroissement de la couverture en interventions essentielles, ainsi que ses déterminants et ses barrières. Plusieurs choix sont faits lors de la sélection des indicateurs :

- Identifier les indicateurs nécessaires pour suivre la mise en œuvre en vue d'atteindre les buts et les objectifs
- Décider de la manière dont les indicateurs choisis seront connectés et avec quelle fréquence en utilisant, si possible, les systèmes de collecte de données
- Déterminer comment on peut veiller à l'équité tout en cherchant à accroître la couverture

Les données concrètes au niveau national doivent être collectées plus fréquemment que par le biais de l'EDS tous les cinq ans. La Section I a déjà donné des recommandations particulières sur la manière de compter les nouveau-nés aux niveaux district, national et mondial. Souvent, les données sont disponibles mais ne sont pas utilisées pour la prise de décisions. Les profils de pays présentés dans ce livre représentent un ensemble de données fondamentales qui pourront être utilisées par chaque pays pris indépendamment.

Le Tableau IV.3 présente une liste d'indicateurs pour suivre la survie de l'enfant dans le cadre des OMD et des listes fondamentales pour la survie de l'enfant et la santé de la reproduction, ainsi que le processus de compte à rebours d'après la première réunion du compte à rebours jusqu'à 2015 en décembre 2005.<sup>44</sup> Ces listes se recoupent et une liste harmonisée de SMNI serait utile pour les pays et les partenaires.

Il est important de suivre les ressources humaines et financières en plus du suivi des décès et de la couverture sanitaires. Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra responsabiliser les dirigeants et les partenaires et leur rappeler leur engagement.<sup>45</sup> Par exemple, l'objectif de 15 % des dépenses publiques pour la santé auquel se sont engagés tous les gouvernements de l'Union africaine à Abuja est un bon cadre de référence pour rappeler les promesses faites.

L'Equipe spéciale de la Santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) pour l'Afrique est un autre mécanisme de responsabilisation. C'est cette Equipe qui a démarré la Carte routière et qui soutient actuellement le champ élargi de la SMNI, reliant le Cadre africain pour la Survie de l'Enfant et le Plan d'Action de Maputo pour la Santé sexuelle et reproductive.

Il s'agit non seulement de combler les lacunes aux niveaux du suivi et de l'évaluation, mais également celles au niveau des

connaissances, du point de vue de la recherche appliquée sur les systèmes de santé - surtout les adaptations pour apporter les services essentiels au pauvre.

#### Conclusion et appel à l'intégration et à l'action accélérée

Dans bien des pays africains, les interventions essentielles n'arrivent encore qu'à la moitié des femmes, des bébés et des enfants - et pourtant, des milliers de vies pourraient être sauvées grâce à une couverture plus étendue. Une prise de décisions nationale et systématique, une meilleure collaboration entre les partenaires et l'échelonnement des interventions prioritaires en vue de construire des systèmes de santé plus solides sont autant d'éléments nécessaires pour avancer plus vite. L'appel à l'action doit être animé par un sentiment d'urgence afin d'arriver à une couverture plus élevée, surtout pour le pauvre (voir Encadré IV.8). Toute concurrence entre sauver la vie du nouveau-né, de l'enfant ou de la mère ou entre les priorités de la SMNI ou autres priorités de santé se soldera par un échec : si l'un y perd, tout le monde y perd. L'enfant fait ses premiers pas comme un bébé et la survie du bébé et le développement sain de l'enfant est lié à celui de la femme. L'intégration des services tout au long de la continuité des soins est le pivot même de l'action pour la SMNI et pour sauver la vie d'un plus grand nombre de mères, de nouveau-nés et d'enfants.



**TABLEAU IV.3 Suivi de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile**

Indicateurs	Indicateurs de suivi des OMD	Indicateurs principaux de santé reproductive	Indicateurs de consensus sur la survie de l'enfant	Indicateurs du compte à rebours à 2015
<b>Indicateurs de résultat</b>				
Taux de mortalité des moins de cinq ans	●		A	●
Taux de mortalité néonatale			A	●
Taux de mortalité infantile	●		B	
Ratio de mortalité maternelle	●	●		
Taux de mortalité périnatale*		●		
Indice synthétique de fécondité		●		
Prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance		●	A	●
Prévalence du point insuffisant	●			●
<b>Coverage of essential interventions indicators</b>				
Prévalence de la mutilation génitale de la femme		●		
Pratiques de prévention et connaissance du VIH		●		
Taux de prévalence de la contraception		●		
Anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans)		●		
Prévalence de l'infécondité chez les femmes (15-49 ans)		●		
Hospitalisations obstétricales et gynécologiques imputables à l'avortement		●		
Incidence de l'urétrite chez les hommes		●		
Couverture en soins prénatals (une visite)		●		
Prestataire qualifié à l'accouchement	●	●		●
Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes		●		
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes		●		
Protection contre le tétanos à la naissance			A	●
Soins obstétricaux d'urgence (de base et complets)		●		
Visite postnatale dans les 3 jours suivant l'accouchement				●
Traitement antirétroviral pour la PTME du VIH				●
Démarrage rapide de l'allaitement maternel (dans l'heure qui suit)			A	●
Allaitement maternel exclusif (jusqu'à 6 mois)			A	●
Alimentation complémentaire dans les bons délais (6-9 mois)			A	●
Allaitement maternel continu (20-23 mois)			A	●
Vaccin contre la rougeole	●		A	●
Diphtérie, coqueluche et tétanos (3 vaccinations)			A	●
Vaccination B contre Haemophilus Influenza			B	●
Supplémentation en vitamine A			A	●
Utilisation de points d'eau améliorés pour l'eau de boisson	●		A	●
Utilisation de structures sanitaires améliorées	●		A	●
Couverture en moustiquaires imprégnées aux insecticides pour les moins de 5 ans	●		A	●
Traitement antipaludique pour les moins de 5 ans	●		A	●
Consultation de service pour la pneumonie			A	●
Utilisation de combustible solide pour la cuisson	●		A	
Traitement par antibiotiques pour la pneumonie			A	●
Traitement de réhydratation orale (solution de réhydratation orale ou solution préparée à la maison ou davantage de liquides) plus alimentation continue			A	●

Sources : Indicateurs de suivi des OMD de la référence<sup>46</sup>. La liste des indicateurs du consensus sur la survie de l'enfant a été mise au point par l'OMS et l'UNICEF, de la référence<sup>47</sup>. A est haute priorité et B est une liste secondaire.

Indicateurs principaux de santé reproductive de la référence<sup>48</sup>.

Indicateurs sur le compte à rebours à 2015 de la référence<sup>49</sup>. La conférence sur le compte à rebours à 2015 se concentrait davantage sur la survie de l'enfant. Les processus suivants porteront sur la santé néonatale et maternelle et les indicateurs seront revus en voie de conséquence.

\*Changement proposé au taux de mortalité.

## ENCADRÉ IV.8 Appel à l'action pour sauver les nouveau-nés en Afrique

### Appel à l'action au niveau national

- A la fin de 2007, formuler et publier un plan d'action pour atteindre les objectifs nationaux fixés de survie néonatale dans le cadre des programmes de survie infantile et de santé maternelle, plan d'action à relier à la Feuille de Route. Ce plan repose sur des analyses situationnelles, notamment un TMN initial défini, avec des données probantes et des stratégies spécifiques pour atteindre les familles les plus pauvres.
- Financer la mise en œuvre du plan en identifiant et en mobilisant des ressources internes et en obtenant, le cas échéant, un soutien externe
- Mettre en œuvre le plan avec des objectifs et des délais définis, des étapes progressives vers la couverture universelle en interventions essentielles
- Suivre régulièrement les progrès et publier les résultats, reliés à des processus existants tels que l'examen du secteur de la santé, avec la participation de la société civile. Comptons chaque nouveau-né et pour que chaque nouveau-né compte.

### Appel à l'action au niveau international

- Inclure le TMN comme indicateur pour l'OMD 4, avec une cible de réduction de 50 % entre 2000 et 2015. Publier le TMN national dans les rapports mondiaux sur une base annuelle.
- Maximiser les ressources pour répondre aux besoins supplémentaires identifiés (1,39 \$US par personne en Afrique) pour arriver à une couverture élevée des interventions.
- Préconiser la convergence entre partenaires et bailleurs de fonds au niveau national, telle que recommandée par le Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile, afin d'accroître l'efficacité et de diminuer la charge pour les programmes nationaux
- Investir dans la recherche sur les systèmes de santé pour les questions « comment » surtout en ce qui concerne les soins postnatals et dans la nouvelle recherche sur la mortalité et les issues non fatales au moment de la naissance

### Défis à relever

- Rivalité perçue entre la survie néonatale et maternelle ou infantile - un faux choix, car si l'un perd, tous perdent
- Eventuels conflits entre les interventions au niveau communautaire et au niveau de l'établissement de santé - un autre faux choix, puisque les deux sont nécessaires
- Les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile sont affligés par une vague silencieuse et continue de 11 millions de décès par an. L'attention et le financement restent insuffisants pour s'attaquer à la tâche, perdus dans un monde d'urgences telles que la grippe aviaire et le VIH/SIDA
- La réponse aux demandes des pays souhaitant recevoir un soutien pour réduire les décès néonataux a été lente et les pays ne continueront pas indéfiniment à faire cette demande.

Source : Basé sur les références<sup>27,36</sup> et adapté pour l'Afrique.



## Ressources de programme

- OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et chaque enfant. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- The Lancet. La survie du nouveau-né ; 2005.
- UNICEF. Etat des Enfants du Monde. New York : Fonds des Nations Unies pour la Population.
- OMS. Au-delà des Nombres : Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse.
- La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement au Moyen Orient : l'importance de la santé reproductive. PRB, Washington DC, 2005.
- Yinger N, Ransom, E. Pourquoi investir dans la santé des nouveau-nés ? Save the Children, PRB ; 2003.
- Freedman LP, Waldman RJ, de Pinho H, Wirth ME, Chowdhury AM, Rosenfield A. Who's got the power? Transforming health systems for women and children. UN Millennium Project Task Force on Child Health and maternal Health. 2005 New York: Millennium Project.
- The Lancet child survival series
- The Lancet maternal survival series
- WHO. Neonatal and perinatal mortality: regional, country and global estimates. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
- Save the Children. State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns. Washington, DC: Save the Children; 2006.
- Lawn JE, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A, editors. Disease Control Priorities. 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health; 2005.
- Guide for Situation analysis for newborn health in the context of MNCH. SNL and WHO for the Healthy Newborn Partnership. 2006 [draft]



# Information concrète pour passer à l'action

Toute donnée utilisée dans son bon contexte et qui semble logique à l'utilisateur est d'une grande puissance - pour renforcer les politiques, évaluer les projets, guider les programmes, protéger le pauvre et mobiliser l'engagement et les ressources.

Cette Section compile d'importantes données, nouvelles ou publiées auparavant, sur la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) pour 46 pays de l'Afrique subsaharienne.

Dans cette section se trouvent :

- 46 profils de pays de SMNI, mettant au premier plan la santé néonatale
- un profil récapitulatif de l'Afrique subsaharienne
- des tableaux récapitulatifs pour les 46 pays
  - suivi de l'argent
  - suivi de la couverture
  - suivi des décès
- des notes de données et des sources de données utilisées dans la publication et dans les profils/tableaux de pays

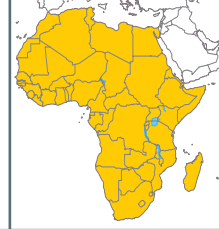
Cette information peut être utilisée pour que compte la vie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

## Référence rapide aux sigles utilisés dans les profils de pays

AM	Allaitement maternel
CPN	Consultations prénatales
DTC3	Trois doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
IRA	Infection respiratoire aiguë
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SPN	Soins postnatals
TMI	Taux de mortalité infantile
TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans
TMN	Taux de mortalité néonatale
TPC	Taux de prévalence de la contraception
TPIp	Traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse

Les profils suivants ont été mis à jour depuis l'édition anglaise de ce livre, de manière à ajouter des données récemment publiées : Congo, Malawi, Mali, Niger, Ouganda et Rwanda. La moyenne de l'Afrique subsaharienne n'a pas été modifiée.

# Afrique subsaharienne



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	697 561 000
Naissances annuelles	28 263 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	940
Décès maternels annuels	247 300

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	32
Nombre annuel de mort-nés	890 000
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	41
Décès néonataux annuels	1 155 800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	63 %

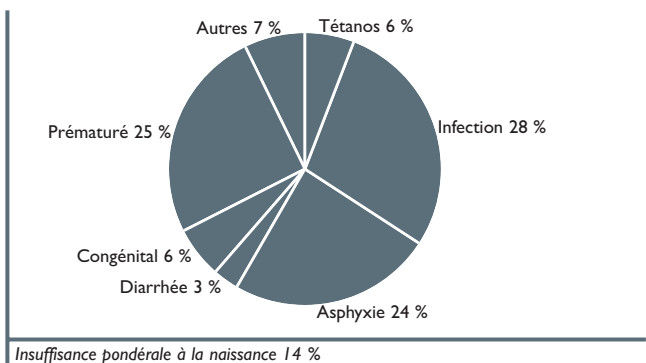
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	164
Décès des moins de 5 ans annuels	4 636 900
Décès postnatals annuels	3 482 200
TMN en tant que pourcentage du TMM5	25 %

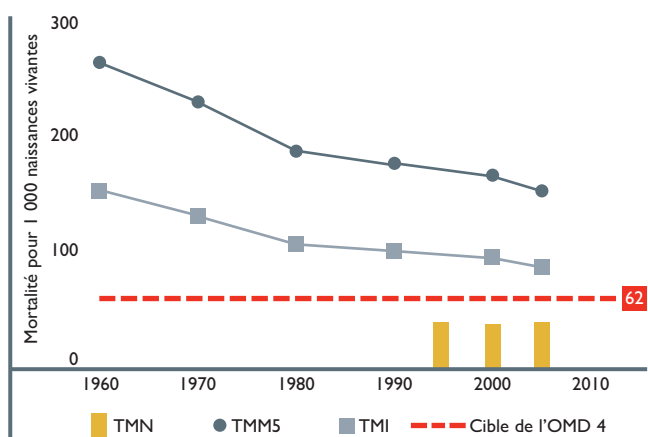
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Pays démarrant la Feuille de Route	35
Pays avec équipe nationale spéciale pour la SMNI	20
Naissances inscrites à l'Etat civil	38 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	2 098
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,04
Pays avec des districts pilotes de PCIME	27
Pays avec élimination du tétanos néonatal	7

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



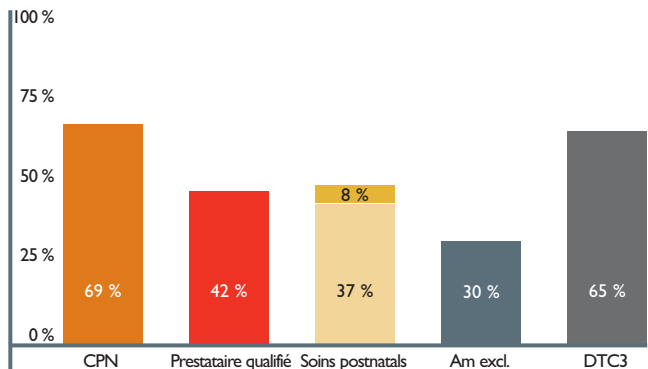
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 796 000
Fourchette de réduction dans le TMN	37-67 %

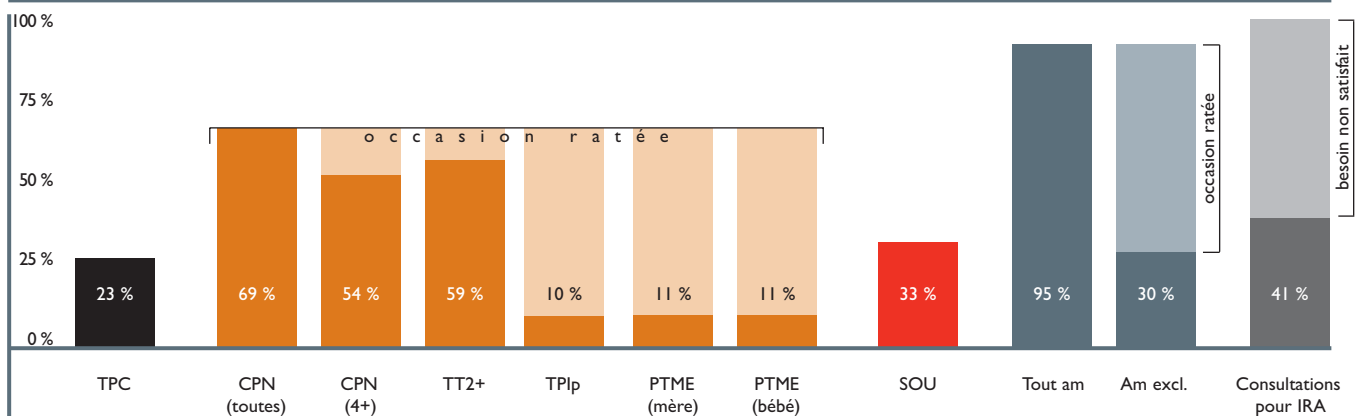
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 611
Dépenses publiques moyennes pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 14
Dépenses publiques moyennes pour la santé, en tant que % des dépenses publiques totales	9 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	40 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	10 sur 20
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	2 sur 7

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

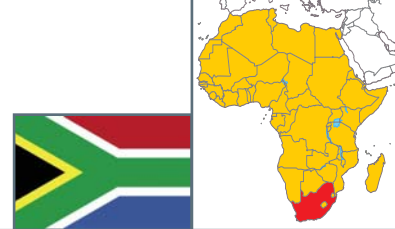


## OCCASIONS RATEES





# Afrique du Sud



V

## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	47 208 000
Naissances annuelles	1 093 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	230
Décès maternels annuels	2 500

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	18
Nombre annuel de mort-nés	19 500
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	21
Décès néonataux annuels	23 000
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

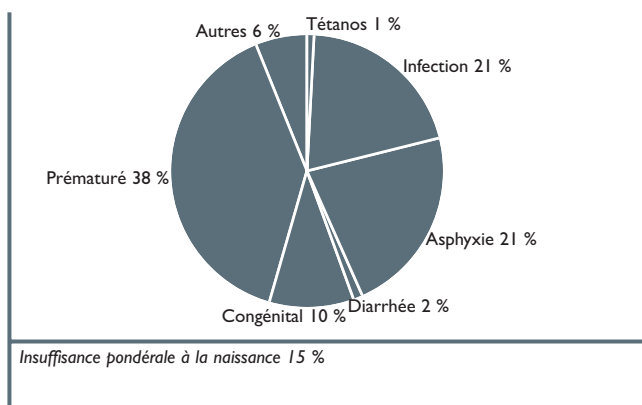
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	67
Décès des moins de 5 ans annuels	73 200
Décès postnatals annuels	50 200
TMN en tant que pourcentage du TMM5	31 %

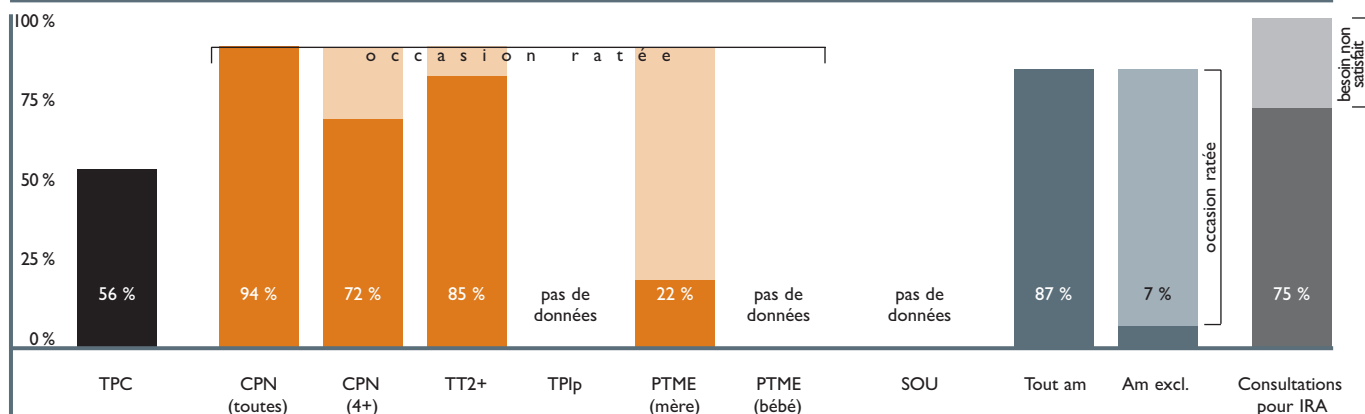
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	0
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	176
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	93 %
Elimination du tétanos néonatal	Oui

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX

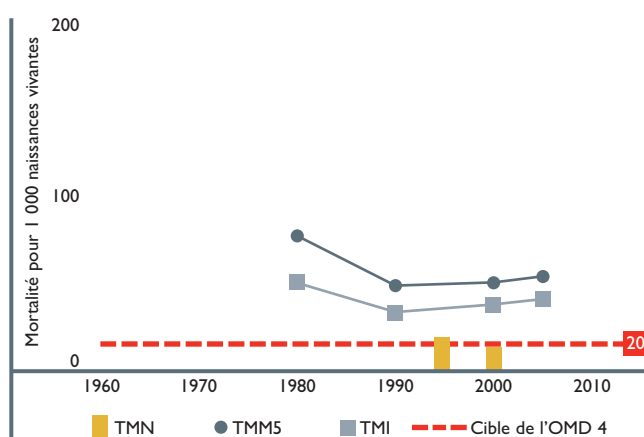


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



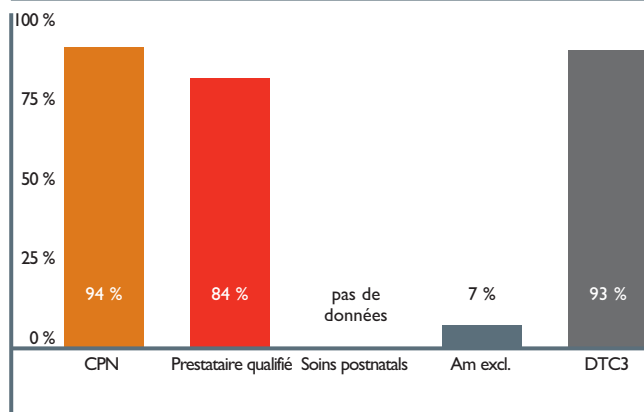
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 9 100
Fourchette de réduction dans le TMN	17-41 %

## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 3 630
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 114
Dépenses publiques pour la santé	10 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	36 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Oui
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Angola



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	15 490 000
Naissances annuelles	749 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 700
Décès maternels annuels	12 700

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	33
Nombre annuel de mort-nés	25 200
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	54
Décès néonataux annuels	40 100
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

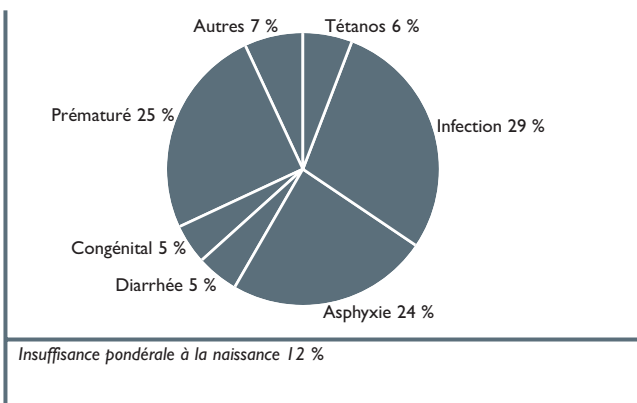
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	260
Décès des moins de 5 ans annuels	194 700
Décès postnatals annuels	154 600
TMN en tant que pourcentage du TMM5	21 %

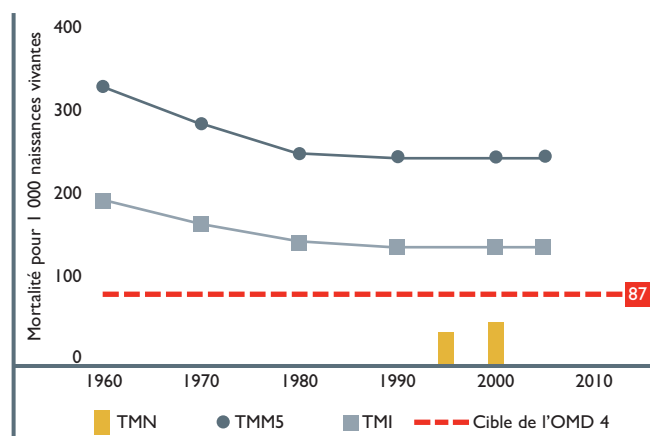
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4, en cours
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	En cours
Naissances inscrites à l'Etat civil	29 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	3
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,04
Districts avec PCIME	2 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



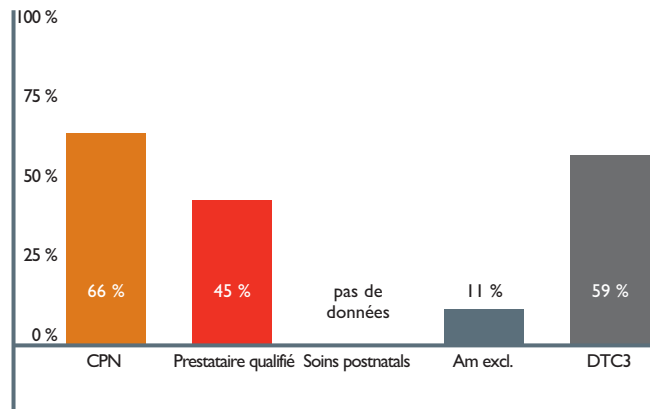
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 30 300
Fourchette de réduction dans le TMN	42-72 %

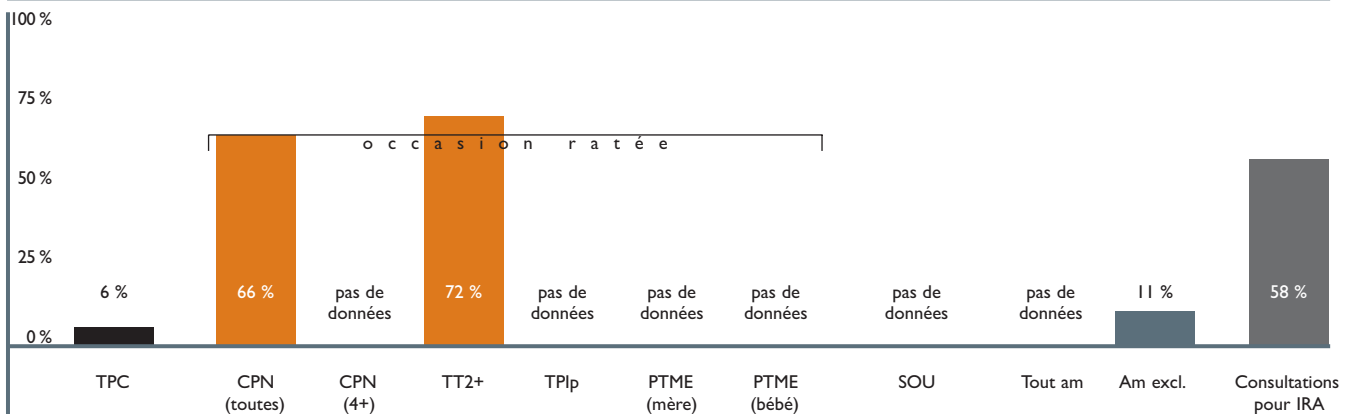
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 1 030
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 22
Dépenses publiques pour la santé	5 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	16 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Non
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

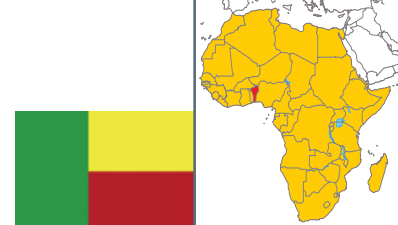


## OCCASIONS RATEES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

# Bénin



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	8 177 000
Naissances annuelles	341 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	850
Décès maternels annuels	2 900

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	30
Nombre annuel de mort-nés	10 400
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	41
Décès néonataux annuels	14 100
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	43 %

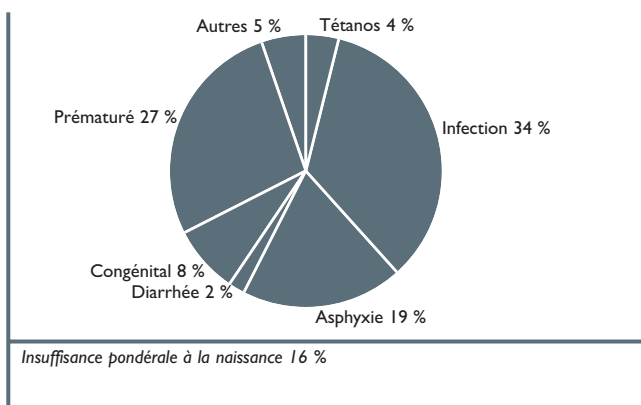
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	152
Décès des moins de 5 ans annuels	51 800
Décès postnatals annuels	37 700
TMN en tant que pourcentage du TMM5	27 %

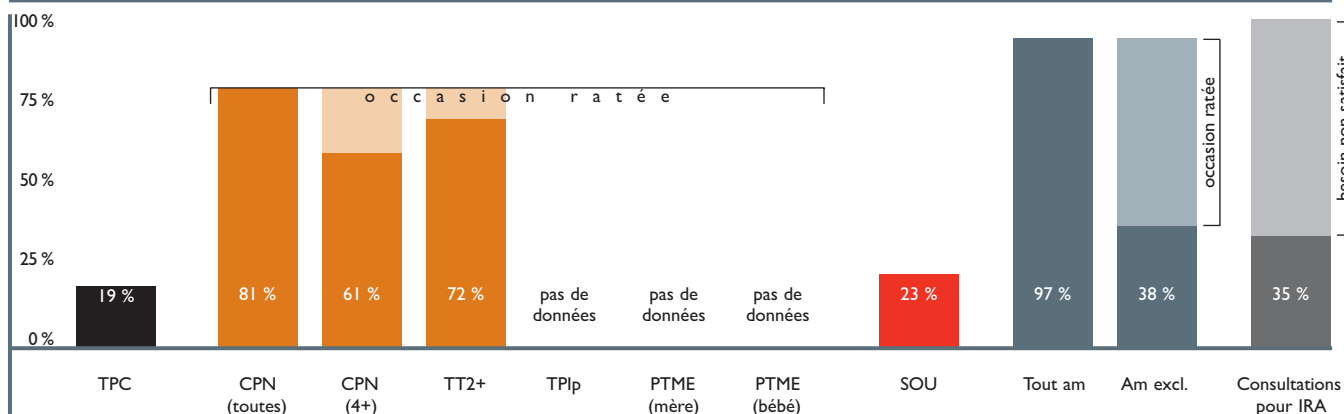
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4, en cours
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	En cours
Naissances inscrites à l'Etat civil	70 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	23
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	26 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

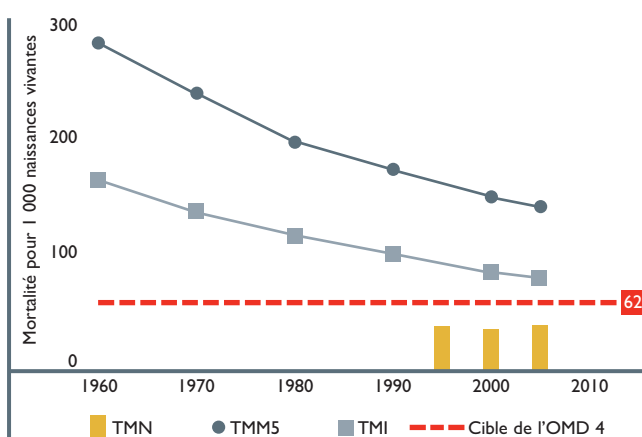


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



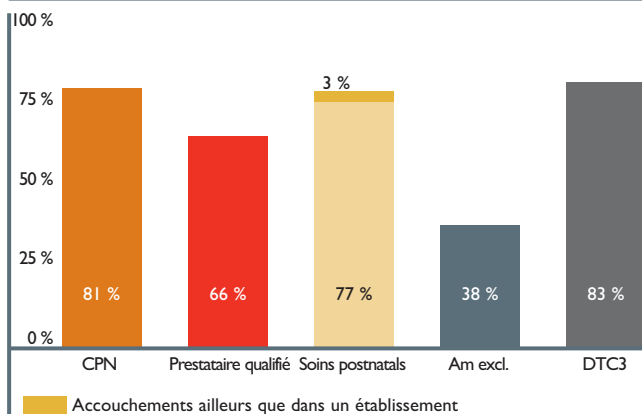
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 8 100
Fourchette de réduction dans le TMN	26-55 %

## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 530
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 9
Dépenses publiques pour la santé	10 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	51 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Partiel
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Botswana



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	1 769 000
Naissances annuelles	46 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	100
Décès maternels annuels	-

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	19
Nombre annuel de mort-nés	900
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	40
Décès néonataux annuels	1 800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

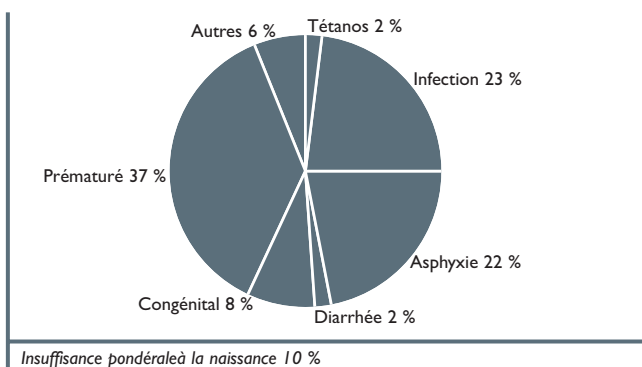
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	116
Décès des moins de 5 ans annuels	5 300
Décès postnatals annuels	3 500
TMN en tant que pourcentage du TMM5	34 %

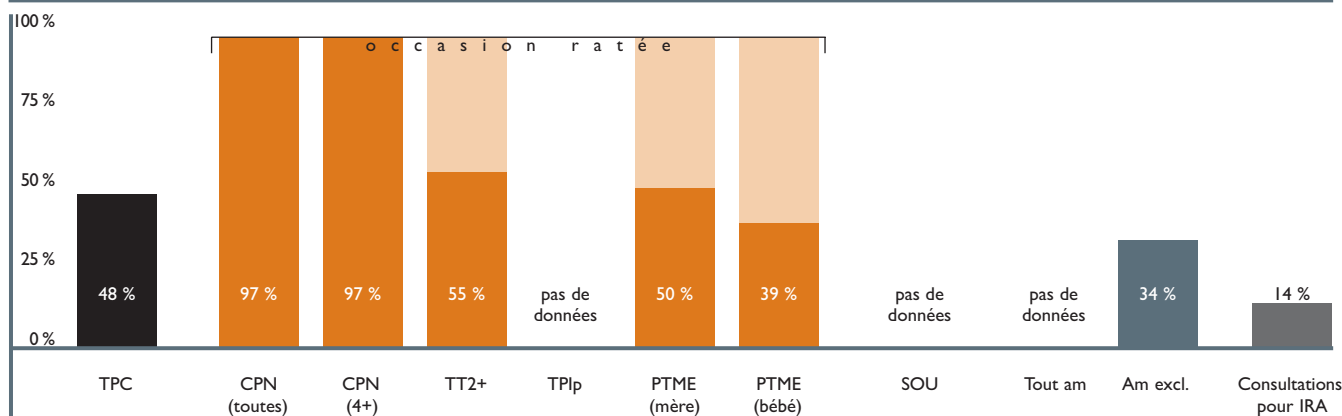
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4, en cours
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	En cours
Naissances inscrites à l'Etat civil	58 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	7
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	46 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

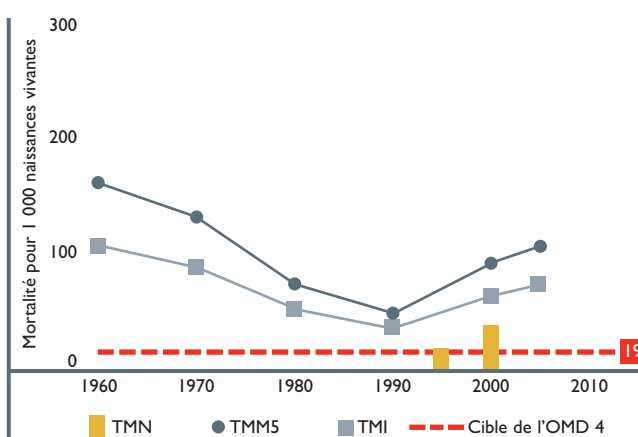
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



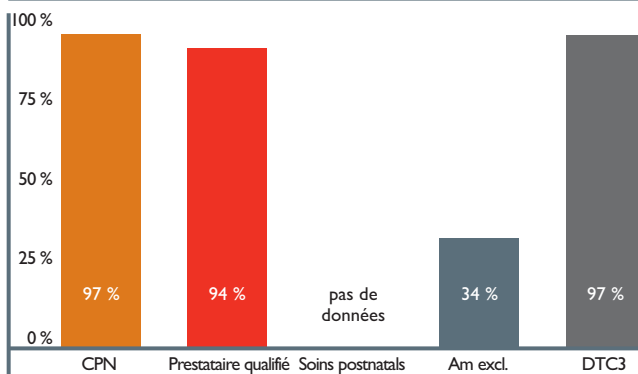
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 900
Fourchette de réduction dans le TMN	24-53 %

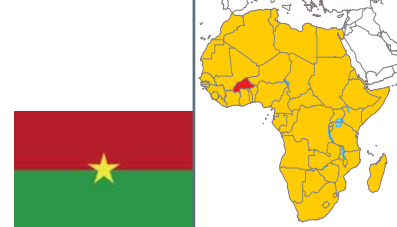
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 4 340
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 135
Dépenses publiques pour la santé	8 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	12 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Oui
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Burkina Faso



V

## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	12 822 000
Naissances annuelles	601 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 000
Décès maternels annuels	6 000

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	26
Nombre annuel de mort-nés	16 000
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	31
Décès néonataux annuels	18 600
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	11 %

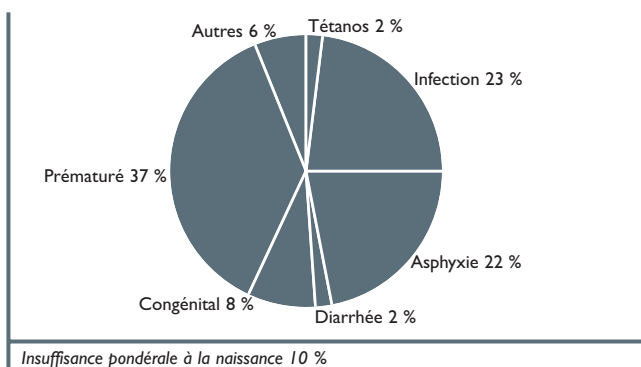
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	192
Décès des moins de 5 ans annuels	115 400
Décès postnatals annuels	96 800
TMN en tant que pourcentage du TMM5	16 %

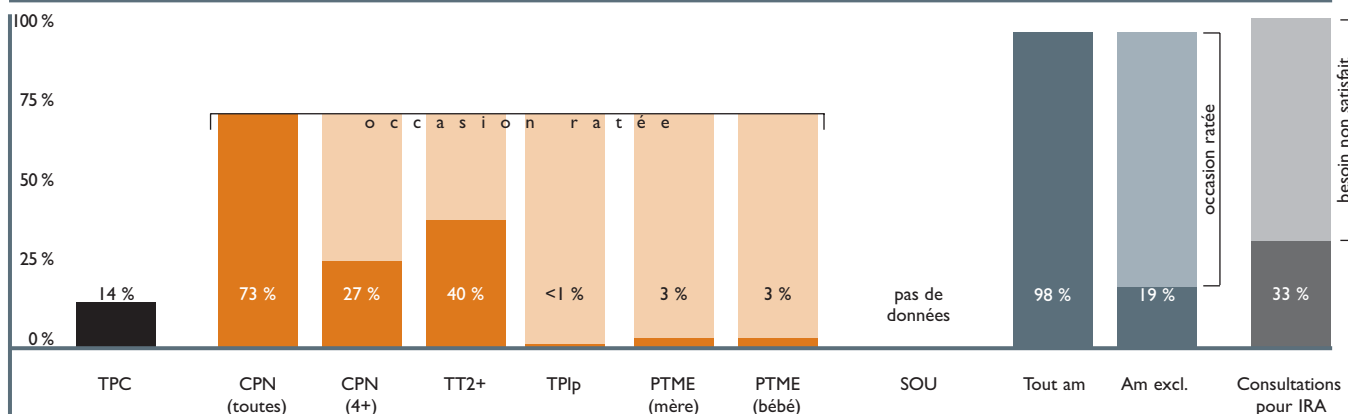
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	2
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	6
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,13
Districts avec PCIME	5 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

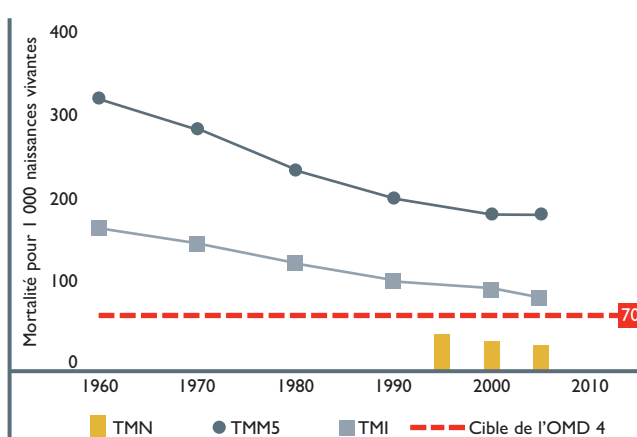


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



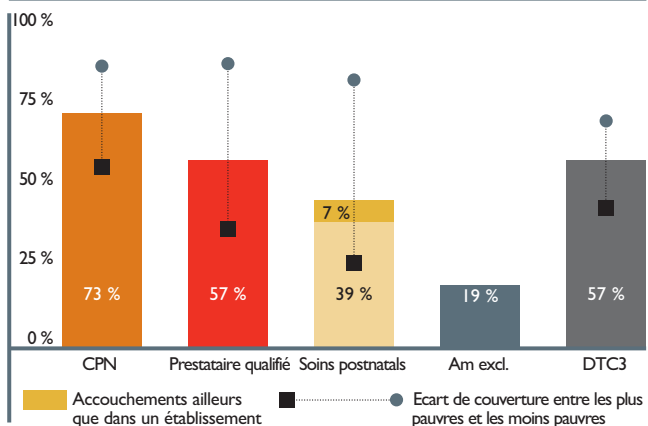
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 14 000
Fourchette de réduction dans le TMN	40-72 %

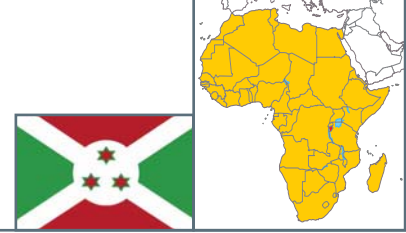
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 360
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 9
Dépenses publiques pour la santé	13 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	52 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Oui
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Burundi



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	7 282 000
Naissances annuelles	330 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 000
Décès maternels annuels	3 300

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	34
Nombre annuel de mort-nés	11 600
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	41
Décès néonataux annuels	14 600
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

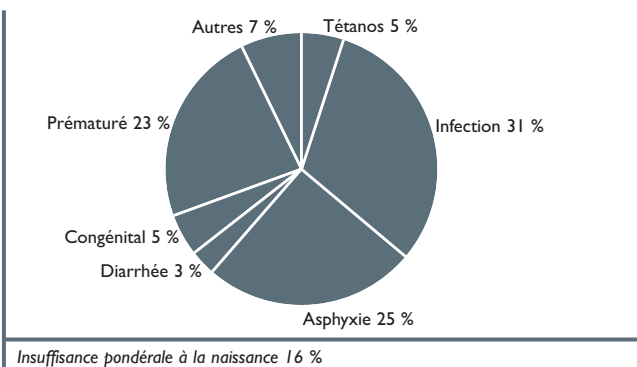
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	190
Décès des moins de 5 ans annuels	62 700
Décès postnatals annuels	49 000
TMN en tant que pourcentage du TMM5	22 %

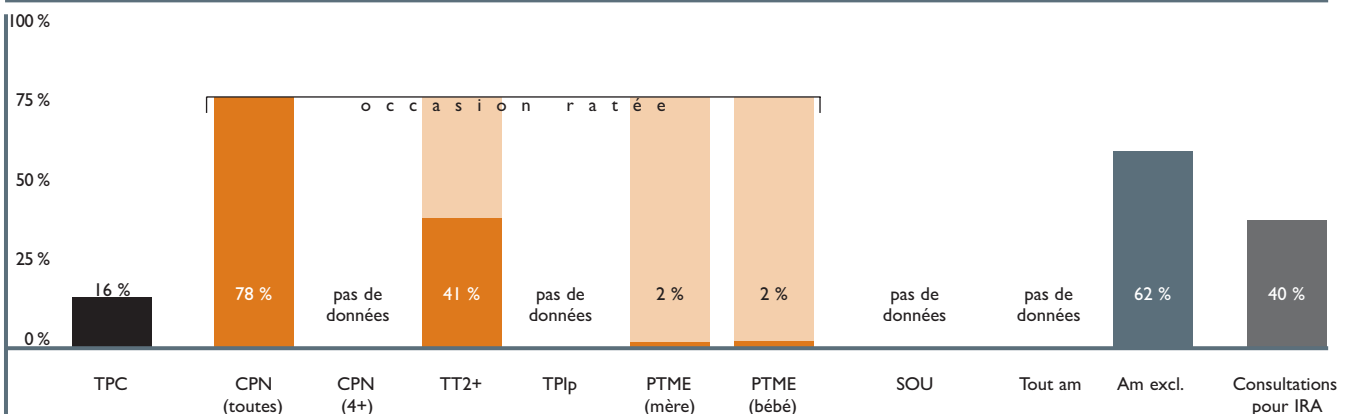
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	8
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	75 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	1
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	-
Elimination du tétanos néonatal	Non

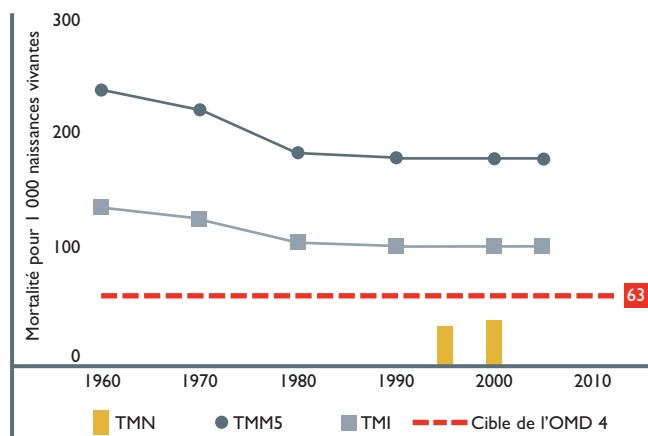
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



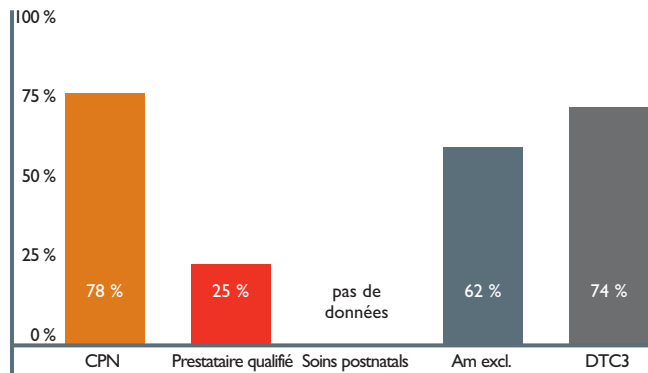
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 10 600
Fourchette de réduction dans le TMN	40-71 %

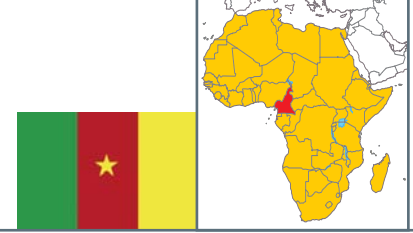
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 90
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 1
Dépenses publiques pour la santé	2 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	77 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Non
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITE DES SOINS



# Cameroun



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	16 038 000
Naissances annuelles	562 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	730
Décès maternels annuels	4 100

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	27
Nombre annuel de mort-nés	15 600
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	29
Décès néonataux annuels	16 300
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	55 %

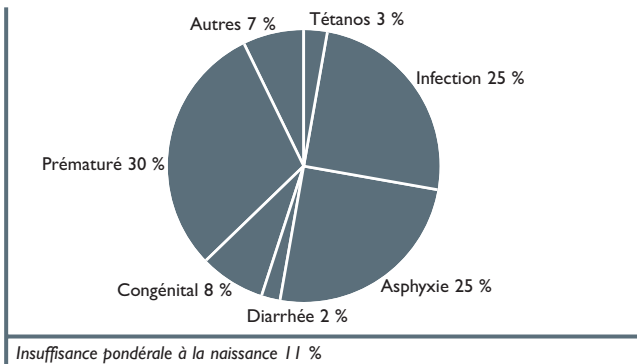
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	149
Décès des moins de 5 ans annuels	83 700
Décès postnatals annuels	67 400
TMN en tant que pourcentage du TMM5	19 %

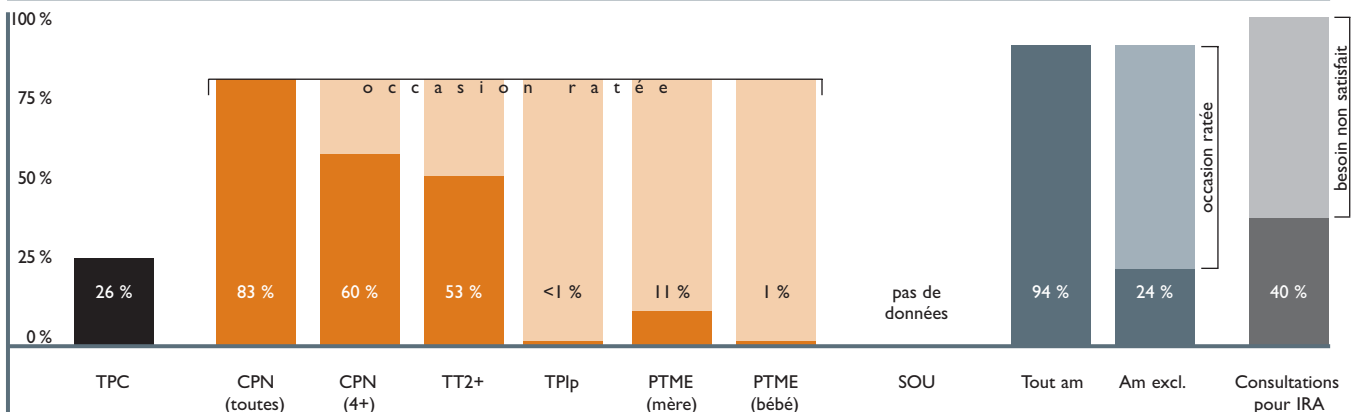
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	5
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	79 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	1
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	6 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

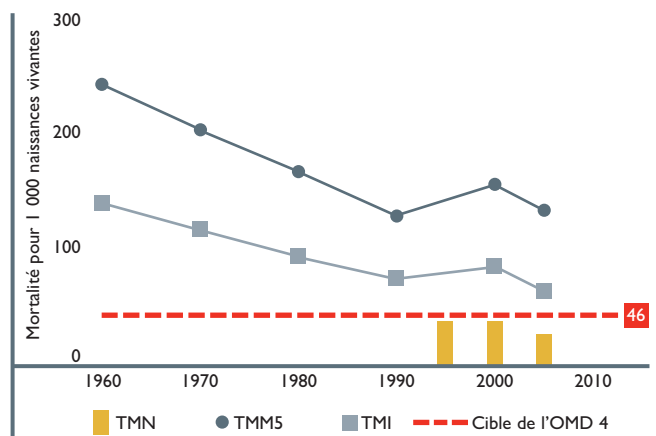


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



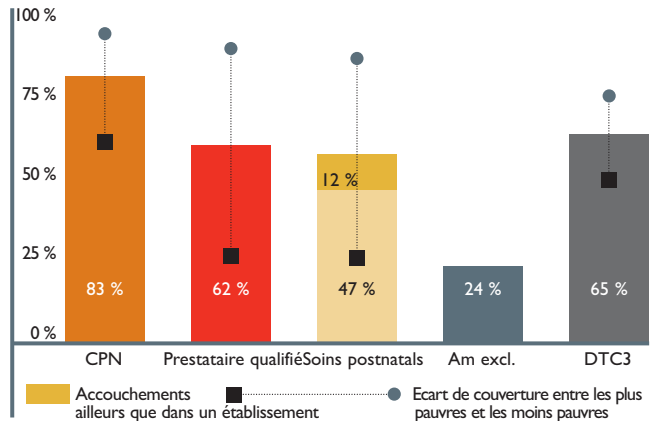
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 9 300
Fourchette de réduction dans le TMN	28-57 %

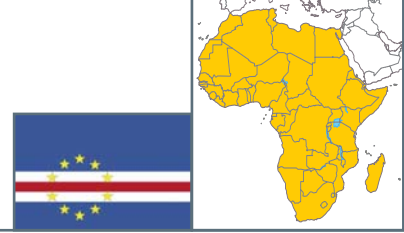
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 800
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 11
Dépenses publiques pour la santé	8 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	70 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Non
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Cap-Vert



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	495 000
Naissances annuelles	15 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	150
Décès maternels annuels	-

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	16
Nombre annuel de mort-nés	200
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	10
Décès néonataux annuels	200
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

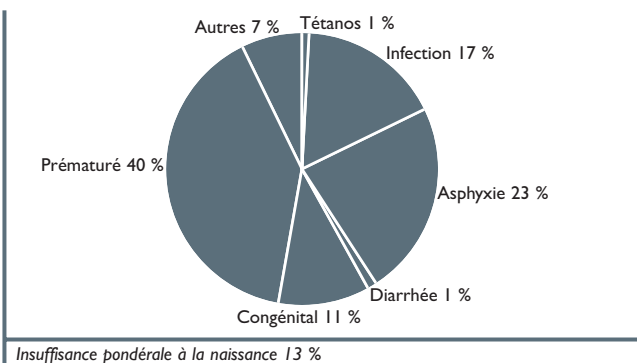
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	36
Décès des moins de 5 ans annuels	500
Décès postnatals annuels	300
TMN en tant que pourcentage du TMM5	28 %

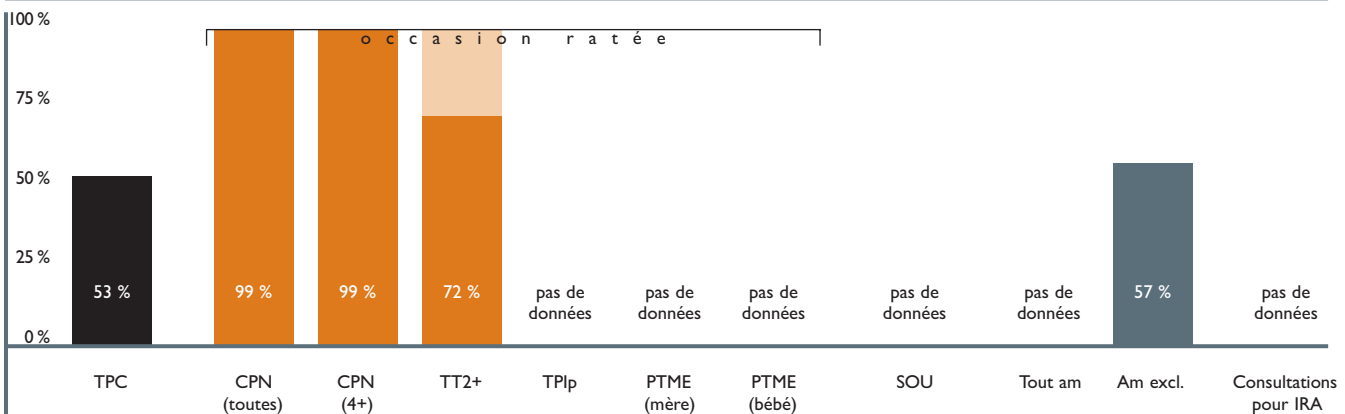
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	0
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	1
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	-
Elimination du tétanos néonatal	Non

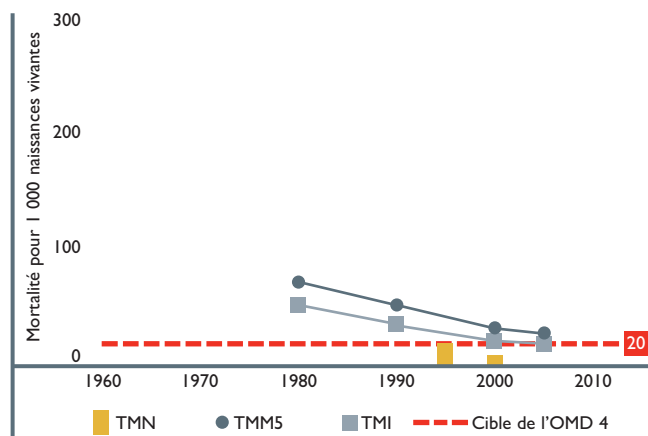
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



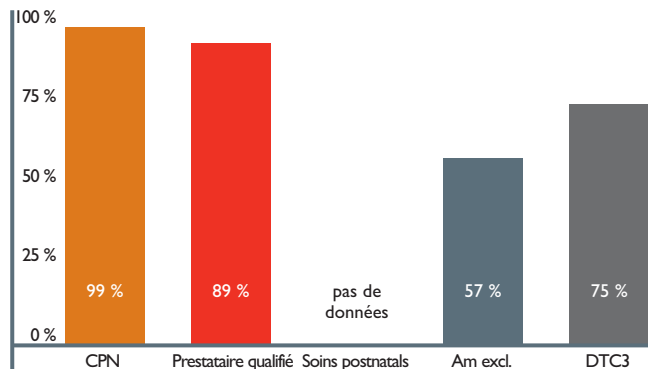
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	<100
Fourchette de réduction dans le TMN	15-36 %

## FINANCEMENT

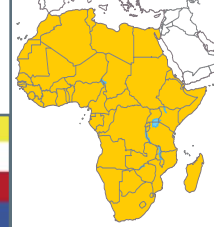
Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 1 700
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 57
Dépenses publiques pour la santé	11 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	27 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITE DES SOINS





# Les Comores



V

## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	777 000
Naissances annuelles	28 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	480
Décès maternels annuels	100

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	26
Nombre annuel de mort-nés	700
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	29
Décès néonataux annuels	800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

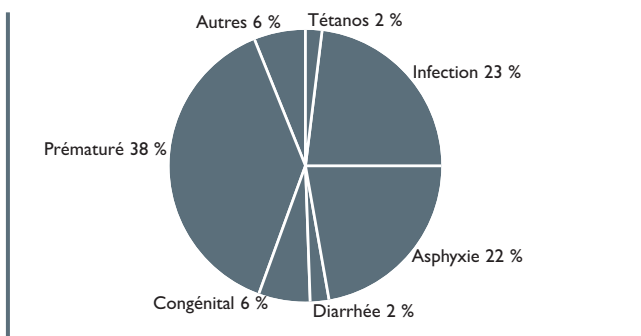
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	70
Décès des moins de 5 ans annuels	2 000
Décès postnatals annuels	12 000
TMN en tant que pourcentage du TMM5	41 %

## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

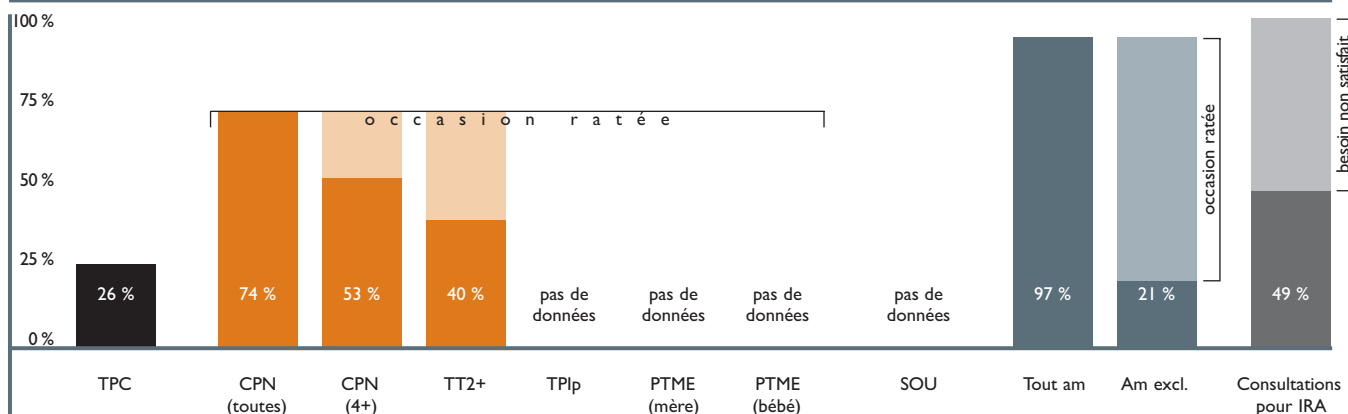
Etape (sur 10) de la Feuille de Route	7
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	83 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	19
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	-
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



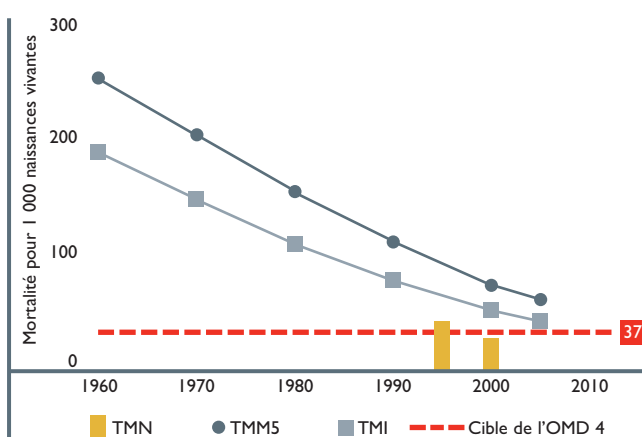
Insuffisance pondérale à la naissance 25 %

## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



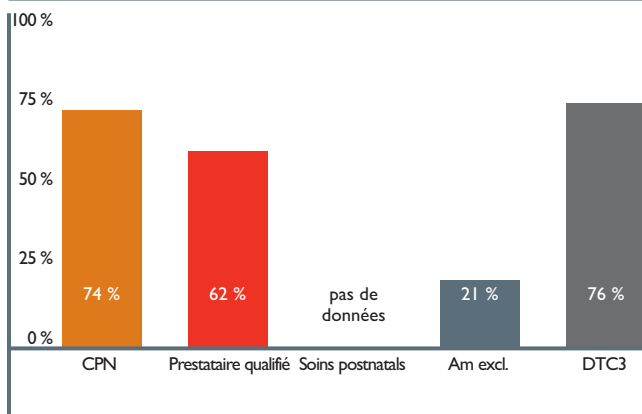
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 500
Fourchette de réduction dans le TMN	36-68 %

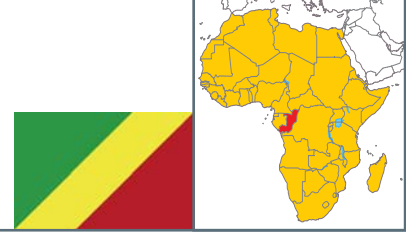
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 530
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 6
Dépenses publiques pour la santé	6 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	46 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Congo



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	3 883 000
Naissances annuelles	172 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	781
Décès maternels annuels	1 300

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	28
Nombre annuel de mort-nés	4 900
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	33
Décès néonataux annuels	5 700
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

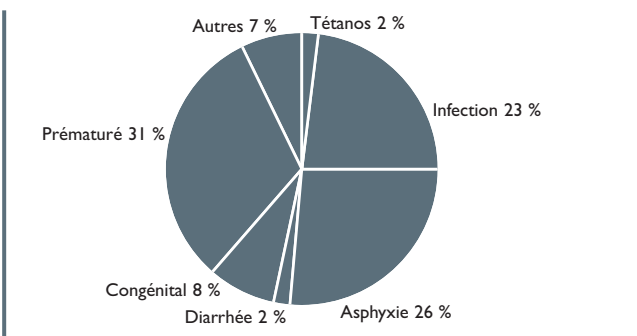
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	117
Décès des moins de 5 ans annuels	20 100
Décès postnatals annuels	14 400
TMN en tant que pourcentage du TMM5	28 %

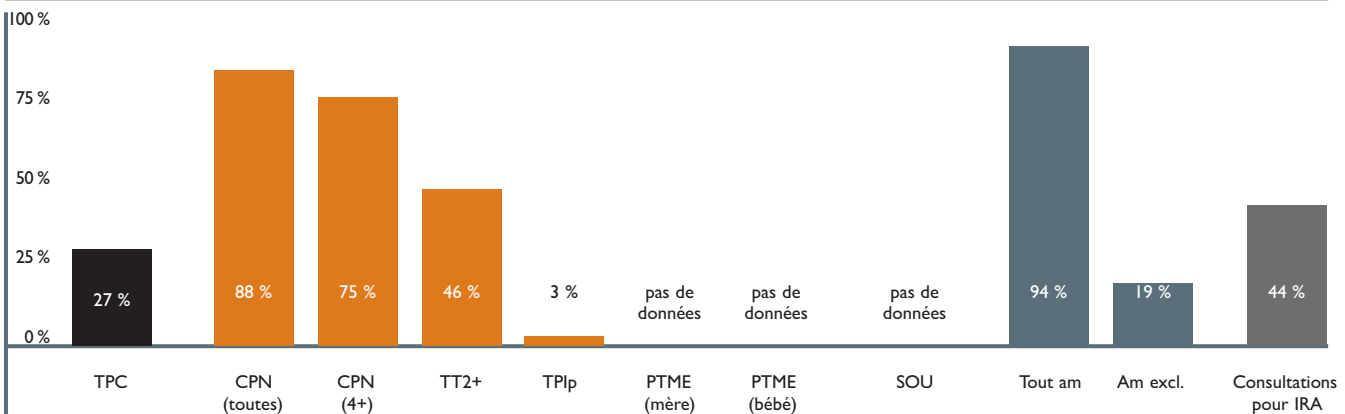
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	3
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	-
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	-
Elimination du tétanos néonatal	Non

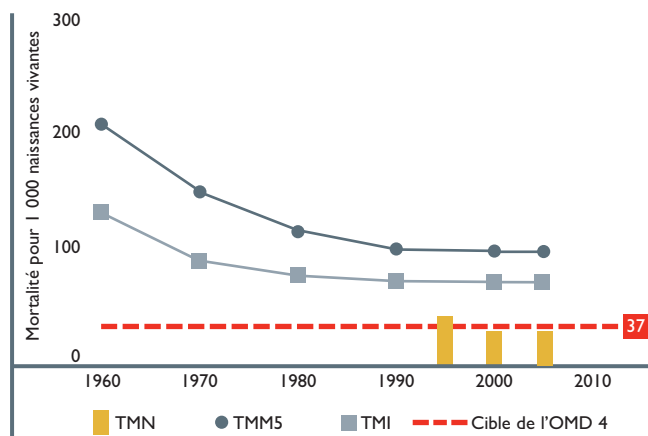
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



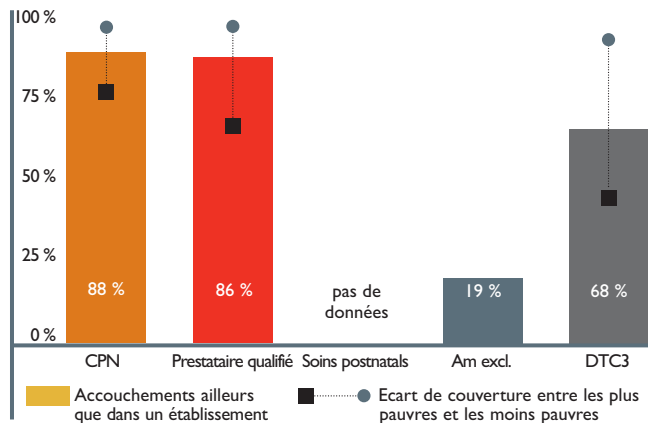
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 3 500
Fourchette de réduction dans le TMN	32-62 %

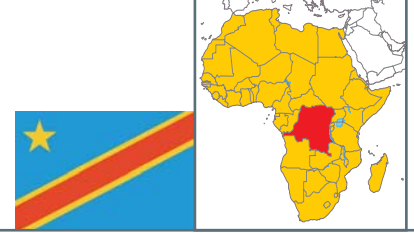
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 770
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 12
Dépenses publiques pour la santé	4 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	36 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Congo, RD



V

## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	55 853 000
Naissances annuelles	2 788 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	990
Décès maternels annuels	27 600

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	34
Nombre annuel de mort-nés	98 000
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	47
Décès néonataux annuels	130 900
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

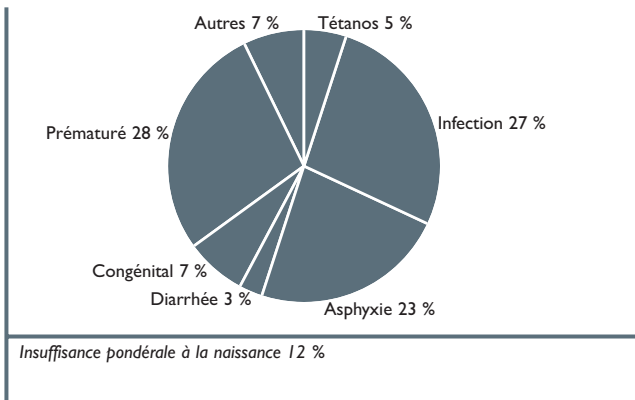
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	205
Décès des moins de 5 ans annuels	571 500
Décès postnatals annuels	440 600
TMN en tant que pourcentage du TMM5	23 %

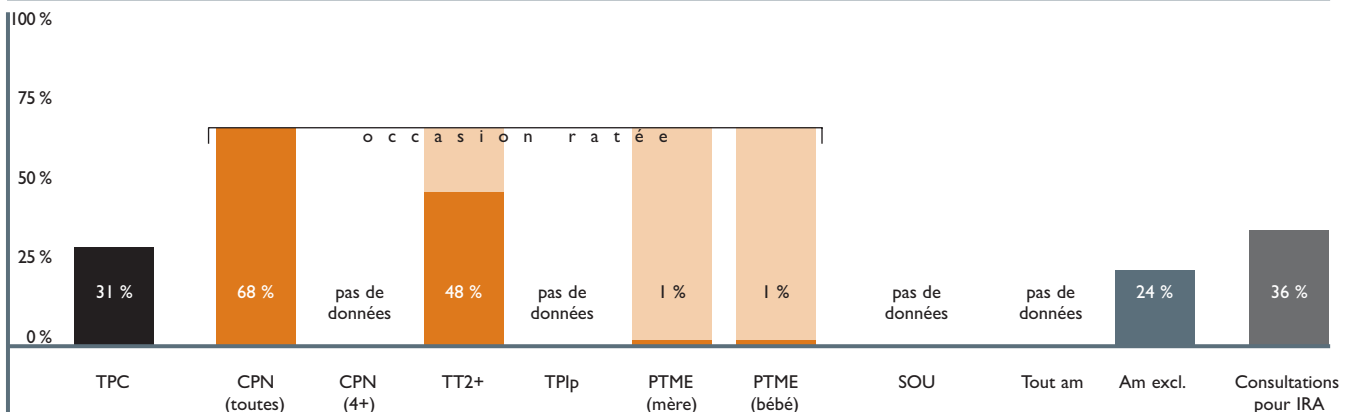
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	5
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	34 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	2
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	4 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

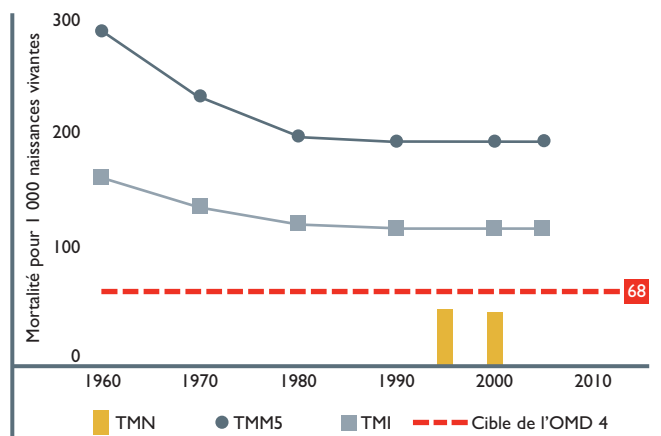


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



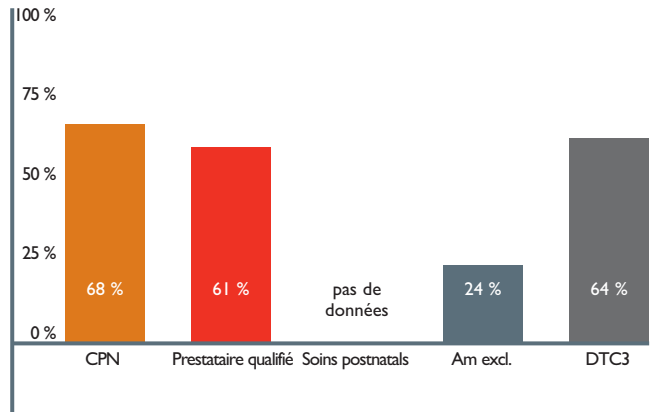
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 88 300
Fourchette de réduction dans le TMN	33-64 %

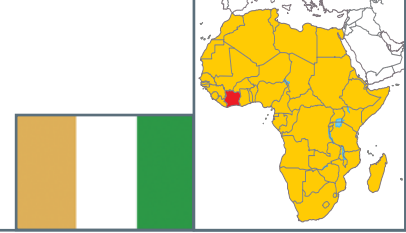
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 120
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 1
Dépenses publiques pour la santé	5 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	82 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Côte d'Ivoire



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	17 872 000
Naissances annuelles	661 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	690
Décès maternels annuels	4 600

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	34
Nombre annuel de mort-nés	23 200
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	65
Décès néonataux annuels	42 800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	53 %

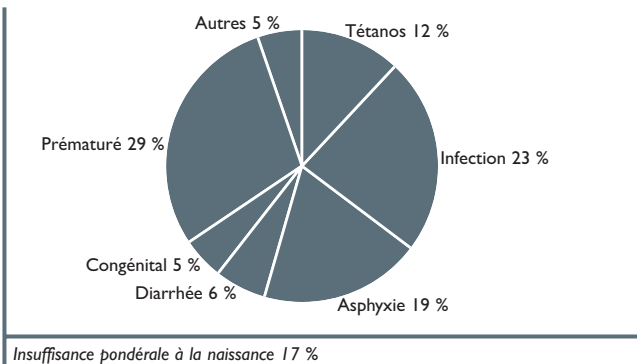
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	194
Décès des moins de 5 ans annuels	128 200
Décès postnatals annuels	85 400
TMN en tant que pourcentage du TMM5	33 %

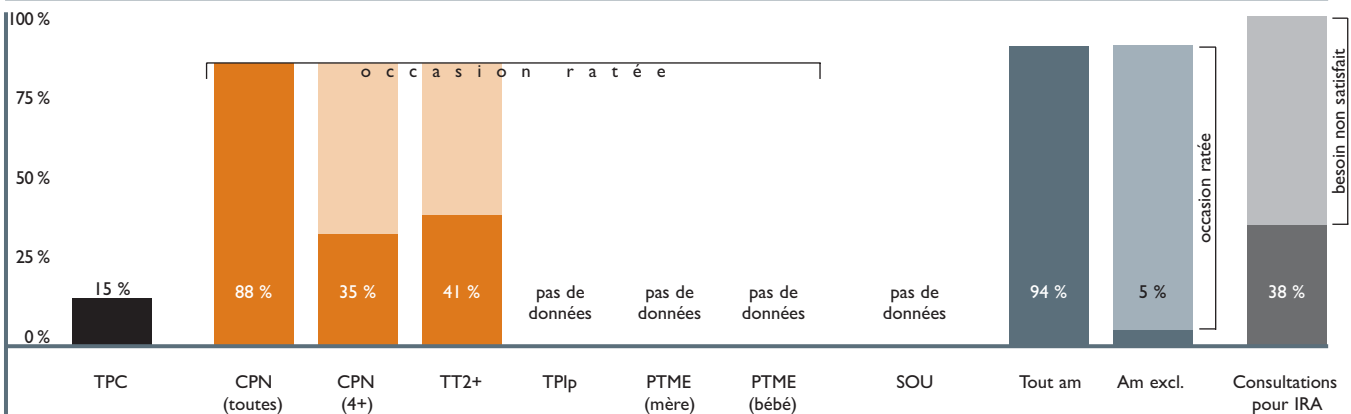
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	72 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	85
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	5 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

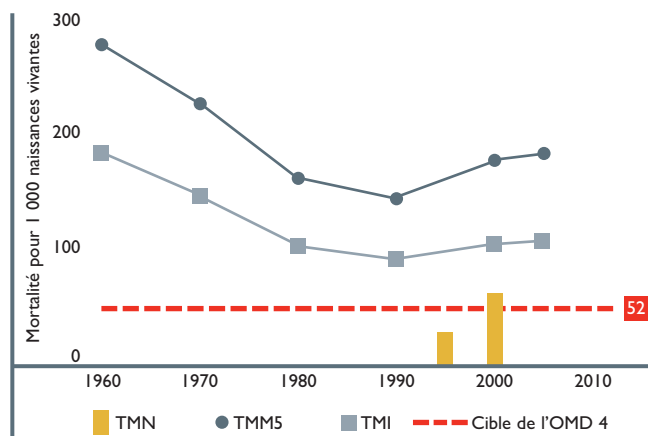
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



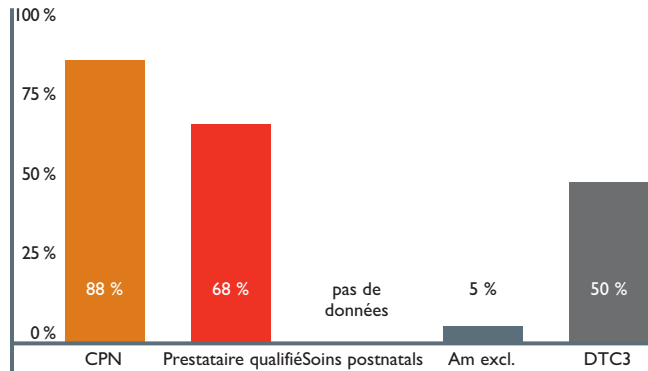
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 29 000
Fourchette de réduction dans le TMN	38-67 %

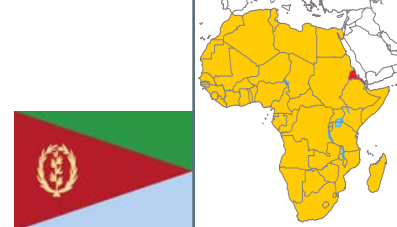
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 770
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 8
Dépenses publiques pour la santé	5 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	66 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Erythrée



V

## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	4 232 000
Naissances annuelles	166 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	630
Décès maternels annuels	1 000

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	27
Nombre annuel de mort-nés	4 600
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	24
Décès néonataux annuels	4 000
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	33 %

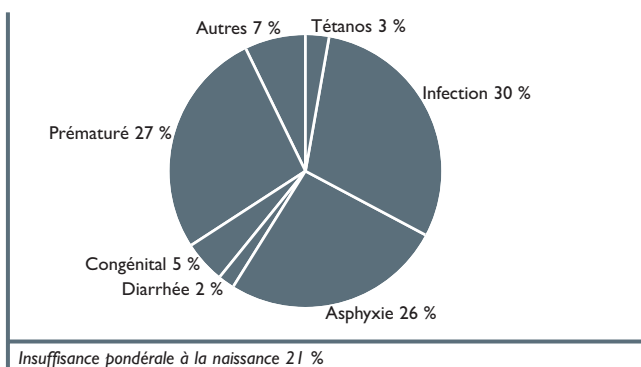
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	82
Décès des moins de 5 ans annuels	13 600
Décès postnatals annuels	9 600
TMN en tant que pourcentage du TMM5	29 %

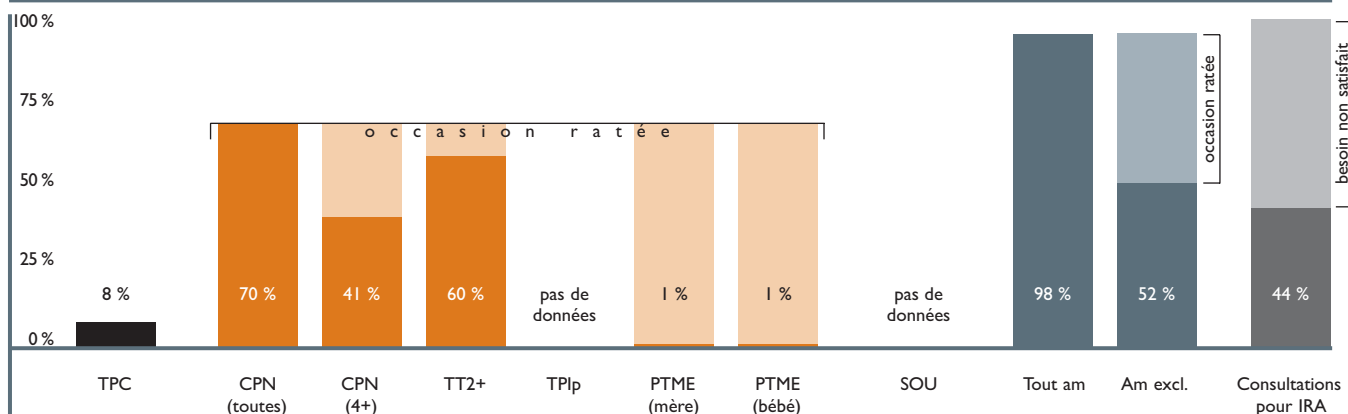
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	46
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	36 %
Elimination du tétanos néonatal	Oui

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

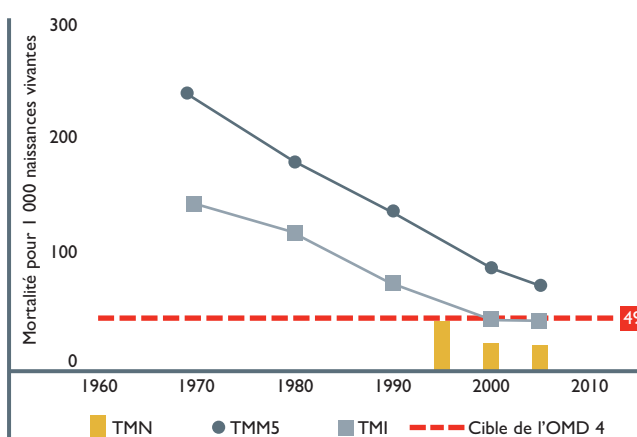


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



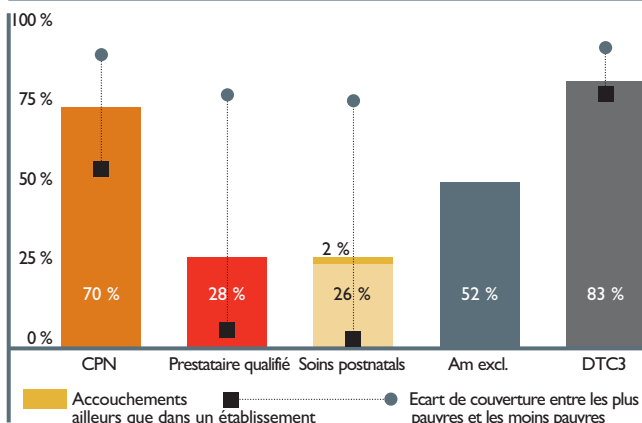
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 3 000
Fourchette de réduction dans le TMN	41-72 %

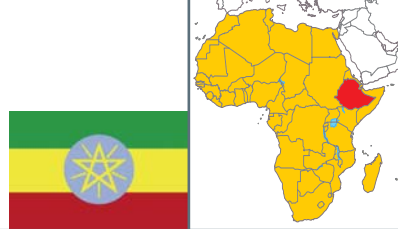
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 180
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 4
Dépenses publiques pour la santé	4 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	55 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Ethiopie



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	75 600 000
Naissances annuelles	3 064 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	850
Décès maternels annuels	26 000

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	36
Nombre annuel de mort-nés	114 600
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	39
Décès néonataux annuels	119 500
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	30 %

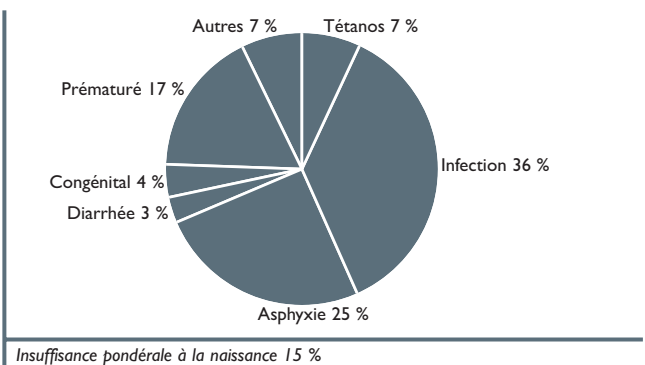
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	123
Décès des moins de 5 ans annuels	376 900
Décès postnatals annuels	257 400
TMN en tant que pourcentage du TMM5	32 %

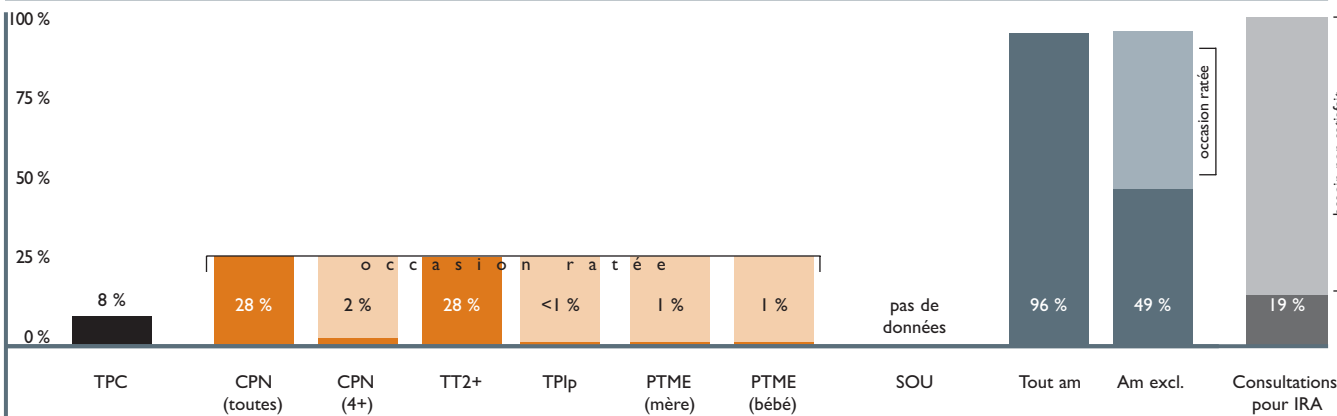
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	-
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,01
Districts avec PCIME	19 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

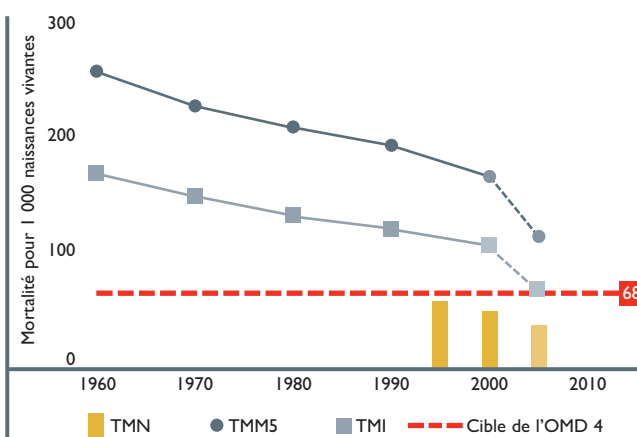
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



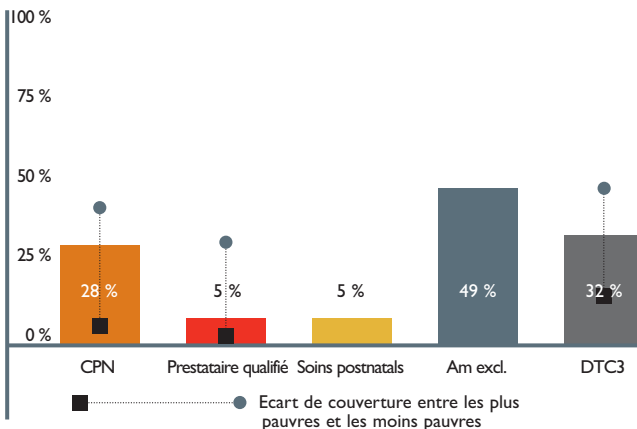
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 85 600
Fourchette de réduction dans le TMN	45-74 %

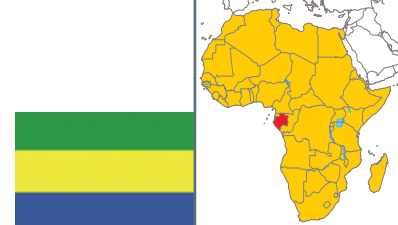
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 110
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 3
Dépenses publiques pour la santé	10 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	33 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Non
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	Oui

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Gabon



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	1 362 000
Naissances annuelles	42 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	420
Décès maternels annuels	200

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	19
Nombre annuel de mort-nés	800
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	31
Décès néonataux annuels	1 300
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	20 %

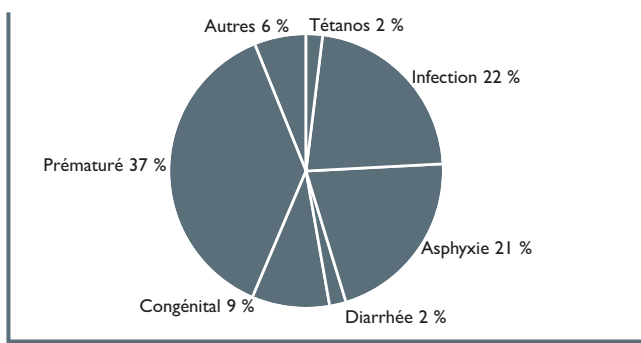
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	91
Décès des moins de 5 ans annuels	3 800
Décès postnatals annuels	2 500
TMN en tant que pourcentage du TMM5	34 %

## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

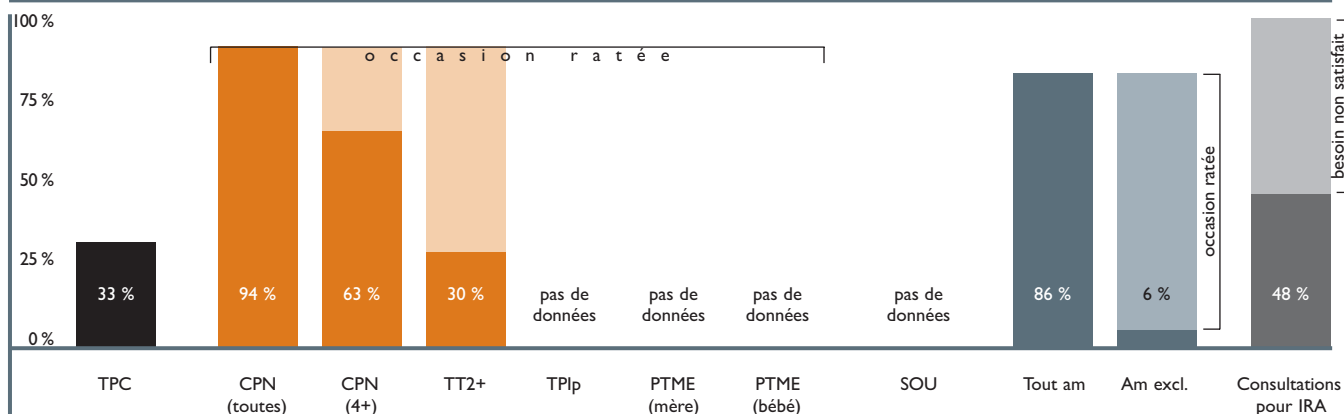
Etape (sur 10) de la Feuille de Route	1
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	89 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	2
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	8 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



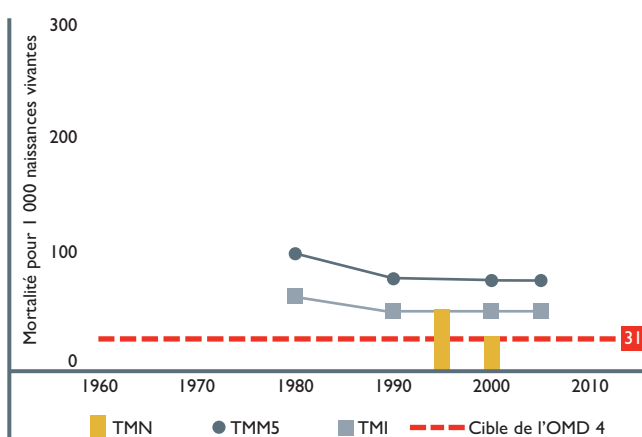
Insuffisance pondérale à la naissance 14 %

## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



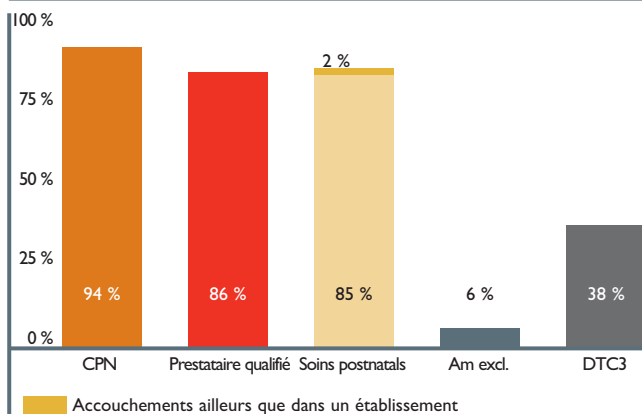
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 500
Fourchette de réduction dans le TMN	20-43 %

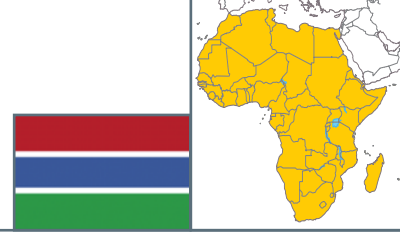
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 3 940
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 130
Dépenses publiques pour la santé	13 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	33 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Gambie



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	1 478 000
Naissances annuelles	52 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	540
Décès maternels annuels	300

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	27
Nombre annuel de mort-nés	1 500
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	46
Décès néonataux annuels	2 400
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

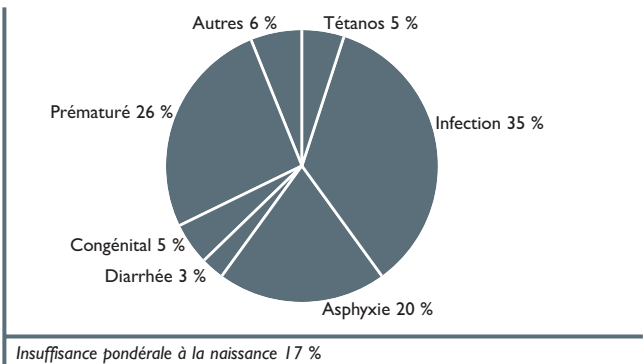
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	122
Décès des moins de 5 ans annuels	6 300
Décès postnatals annuels	3 900
TMN en tant que pourcentage du TMM5	38 %

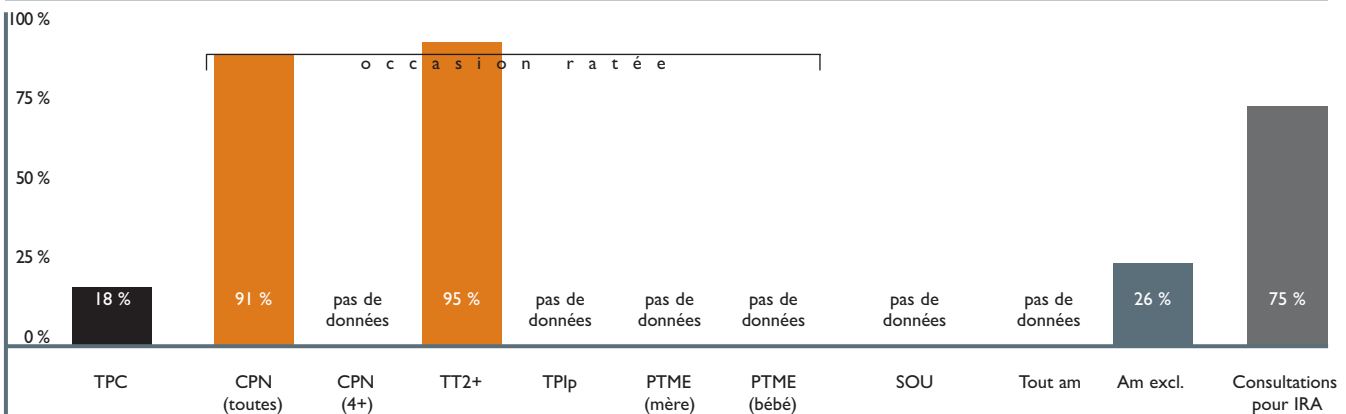
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	6
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	32 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	-
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,11
Districts avec PCIME	100 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

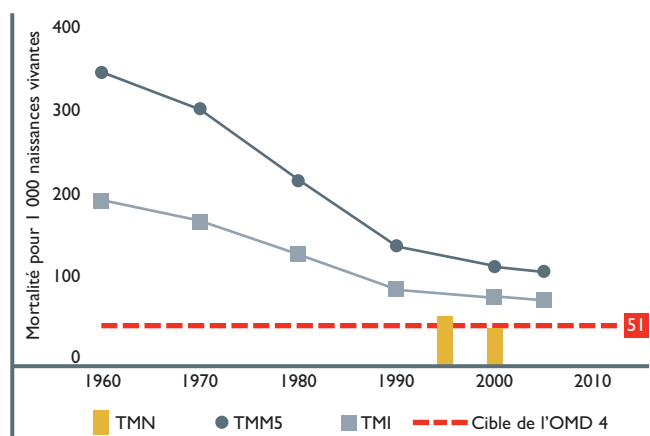
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



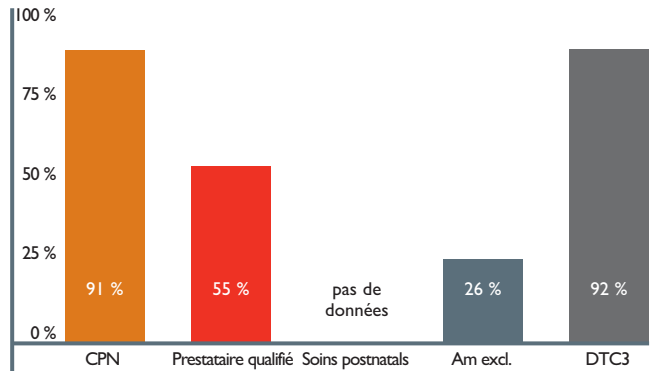
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 1 600
Fourchette de réduction dans le TMN	36-68 %

## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 290
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 8
Dépenses publiques pour la santé	14 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	40 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Oui
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS





# Ghana



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	21 664 000
Naissances annuelles	679 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	540
Décès maternels annuels	3 700

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	24
Nombre annuel de mort-nés	16 300
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	43
Décès néonataux annuels	29 200
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

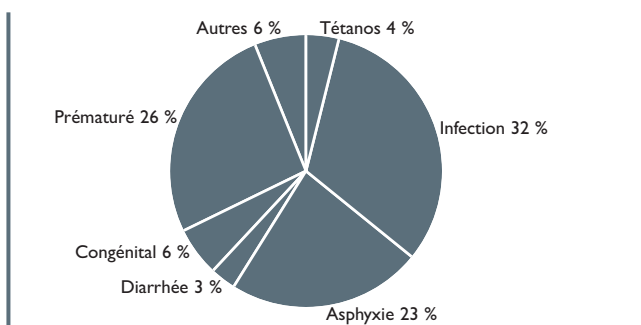
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	111
Décès des moins de 5 ans annuels	75 400
Décès postnatals annuels	46 200
TMN en tant que pourcentage du TMM5	39 %

## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

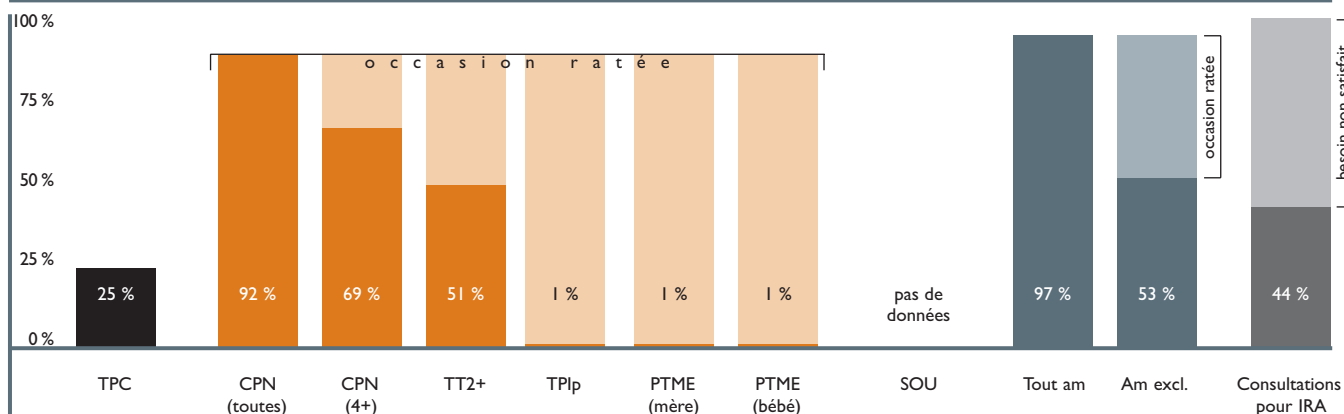
Etape (sur 10) de la Feuille de Route	3
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	21 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	19
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	30 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



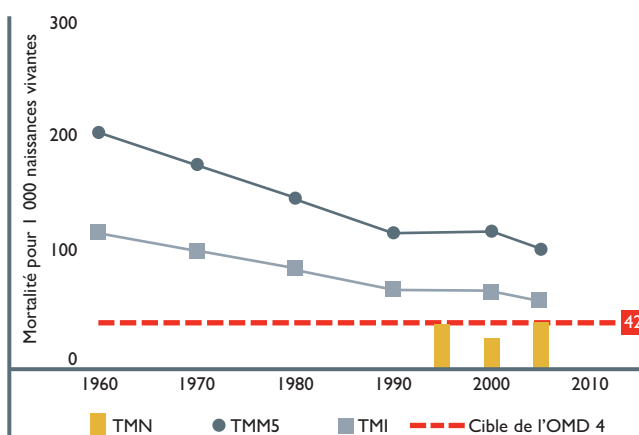
Insuffisance pondérale à la naissance 16 %

## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



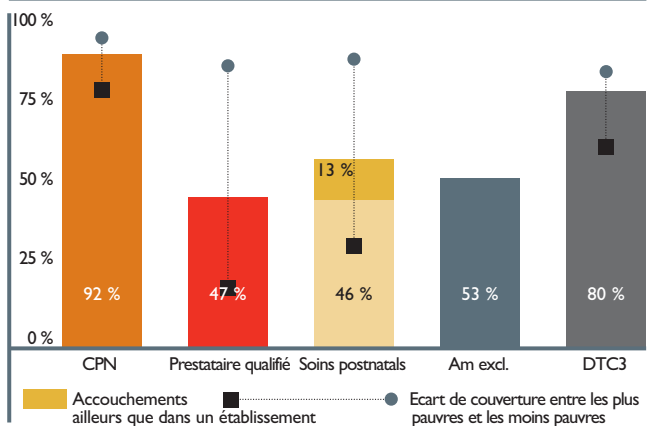
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 19 400
Fourchette de réduction dans le TMN	35-66 %

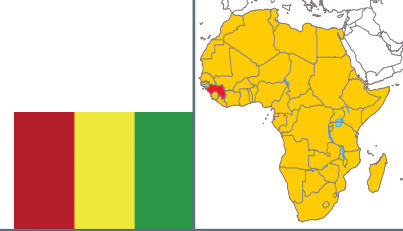
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 380
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 5
Dépenses publiques pour la santé	5 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	68 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Non
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Guinée



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale 9 202 000  
Naissances annuelles 383 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes 980  
Décès maternels annuels 3 700

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements 28  
Nombre annuel de mort-nés 11 200  
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes 39  
Décès néonataux annuels 15 000  
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres 58 %

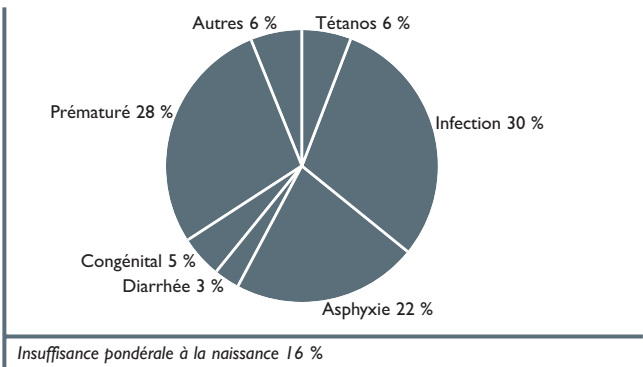
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes 163  
Décès des moins de 5 ans annuels 62 400  
Décès postnatals annuels 47 400  
TMN en tant que pourcentage du TMM5 24 %

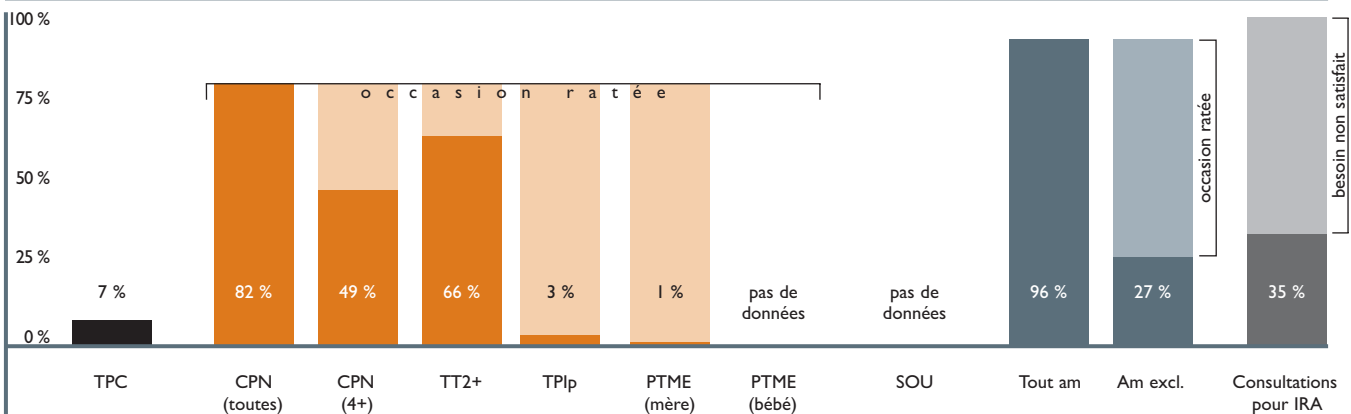
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route 8  
Equipe nationale spéciale pour la SMNI Oui  
Naissances inscrites à l'Etat civil 67 %  
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés 3  
Sages-femmes pour 1 000 personnes 0,01  
Districts avec PCIME 6 %  
Elimination du tétanos néonatal Non

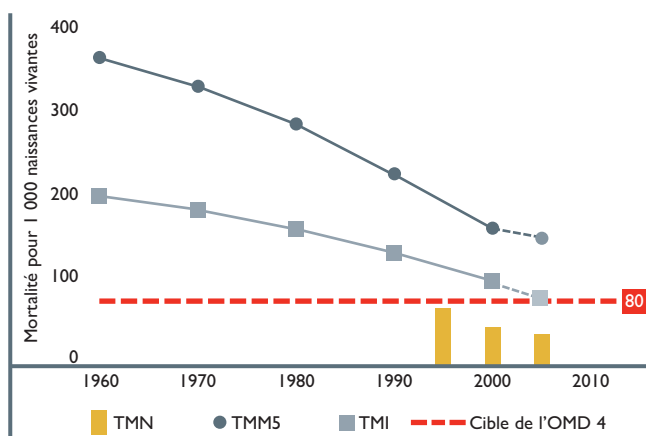
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



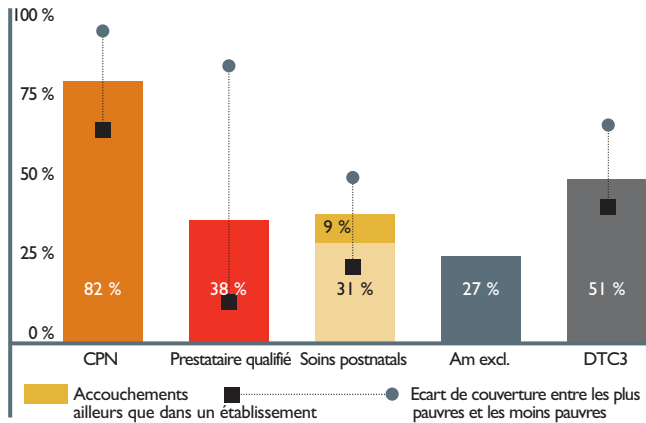
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées jusqu'à 13 100  
Fourchette de réduction dans le TMN 40-70 %

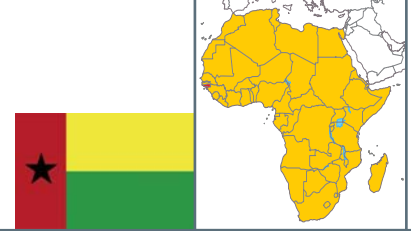
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US) \$ 460  
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US) \$ 4  
Dépenses publiques pour la santé 5 %  
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé 83 %  
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants -  
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés -

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Guinée Bissau



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	1 540 000
Naissances annuelles	77 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 100
Décès maternels annuels	800

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	35
Nombre annuel de mort-nés	2 800
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	48
Décès néonataux annuels	3 700
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

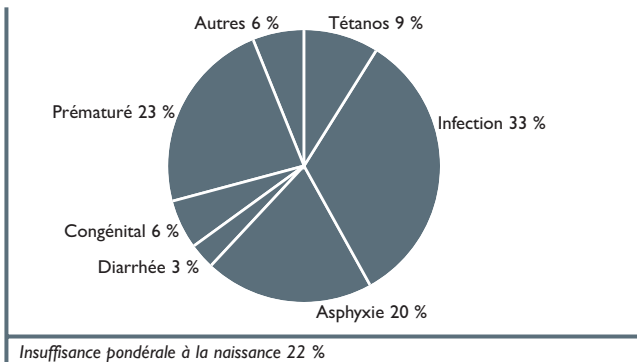
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	203
Décès des moins de 5 ans annuels	15 600
Décès postnatals annuels	11 900
TMN en tant que pourcentage du TMM5	24 %

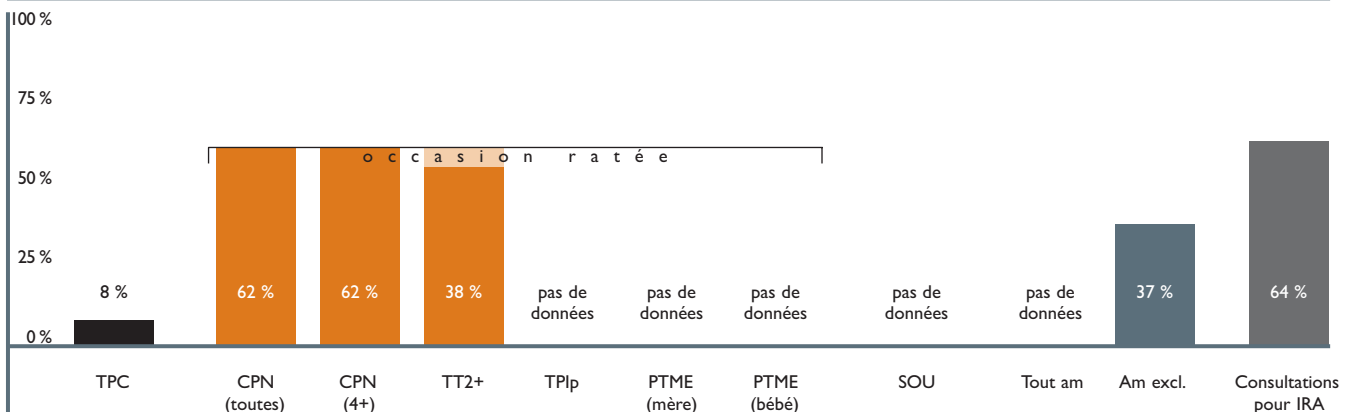
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	-
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	42 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	-
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,02
Districts avec PCIME	4 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

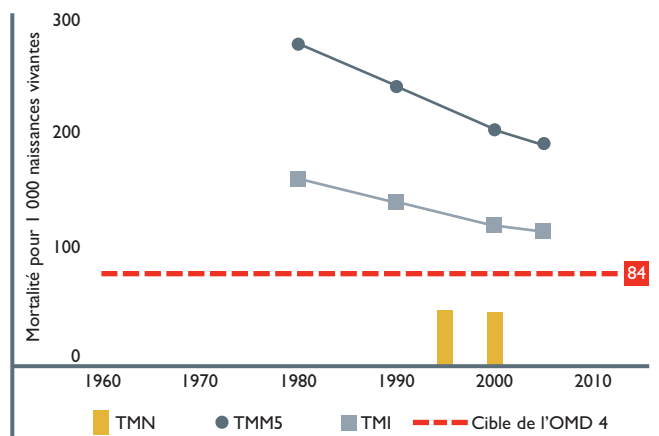


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



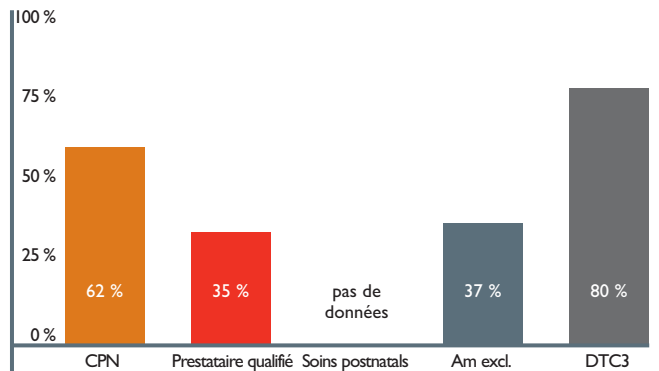
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 2 600
Fourchette de réduction dans le TMN	37-68 %

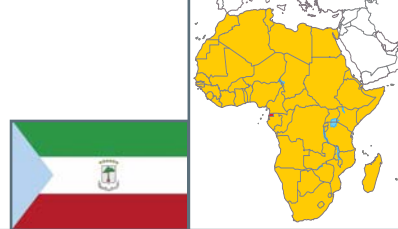
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 160
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 4
Dépenses publiques pour la santé	7 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	43 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Guinée équatoriale



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	492 000
Naissances annuelles	21 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	880
Décès maternels annuels	200

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	26
Nombre annuel de mort-nés	600
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	40
Décès néonataux annuels	800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

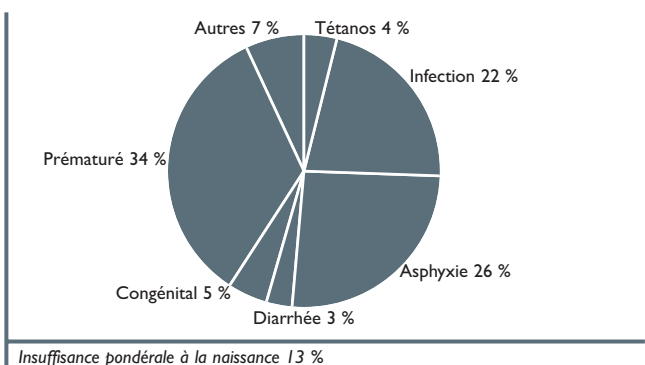
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	204
Décès des moins de 5 ans annuels	4 300
Décès postnatals annuels	3 500
TMN en tant que pourcentage du TMM5	20 %

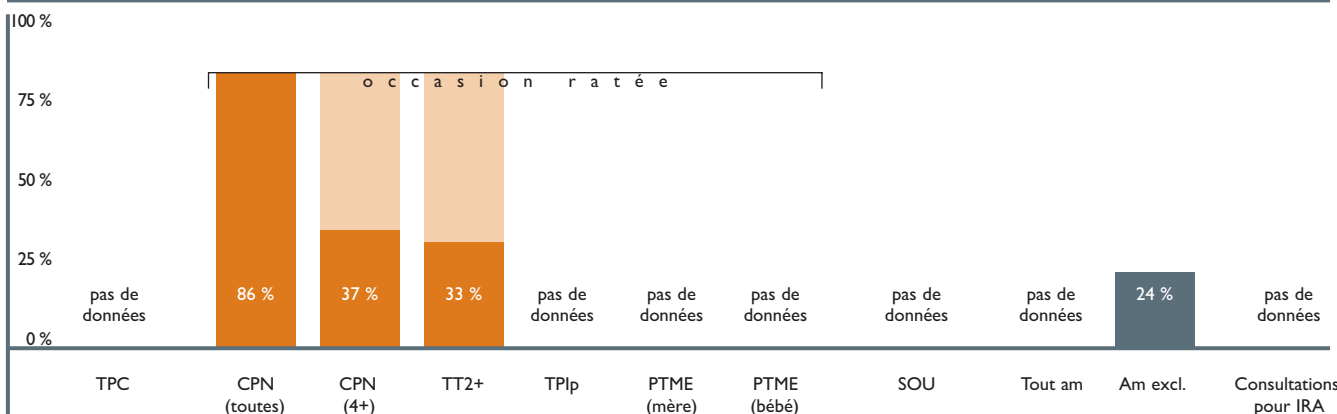
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	32 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	-
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,08
Districts avec PCIME	22 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

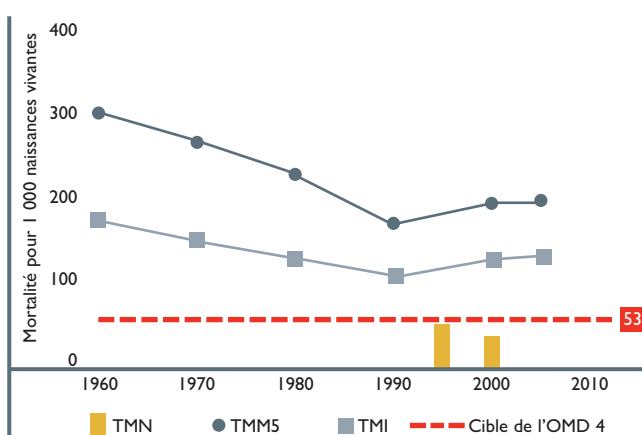
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



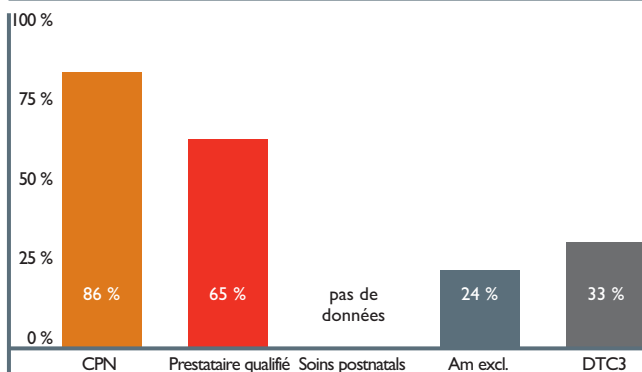
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 600
Fourchette de réduction dans le TMN	41-72 %

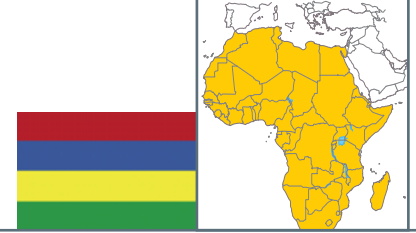
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	-
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 65
Dépenses publiques pour la santé	7 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	26 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Ile Maurice



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	1 233 000
Naissances annuelles	20 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	24
Décès maternels annuels	-

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	11
Nombre annuel de mort-nés	200
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	12
Décès néonataux annuels	200
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

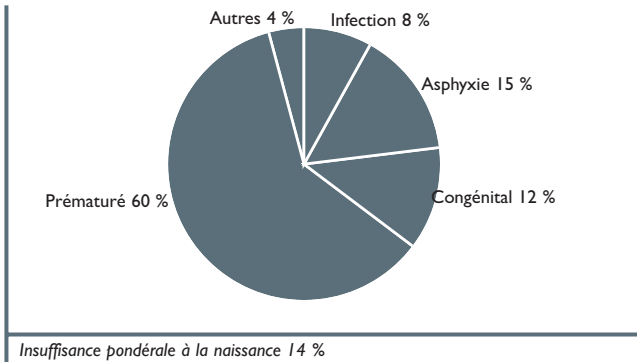
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	15
Décès des moins de 5 ans annuels	300
Décès postnatals annuels	100
TMN en tant que pourcentage du TMM5	78 %

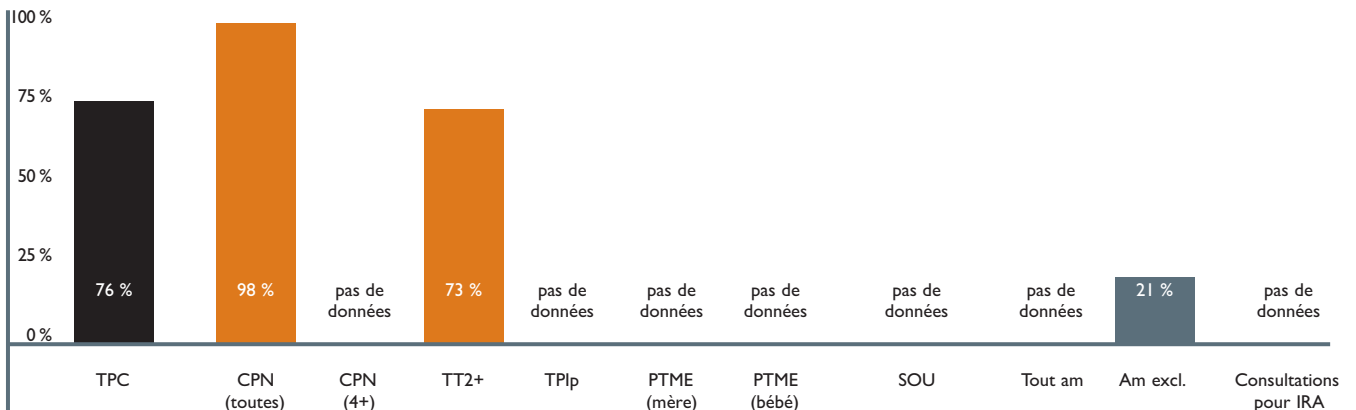
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	-
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	6
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,04
Districts avec PCIME	-
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

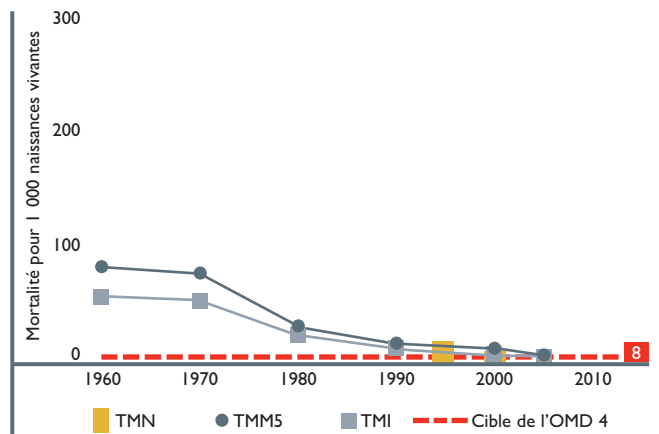


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



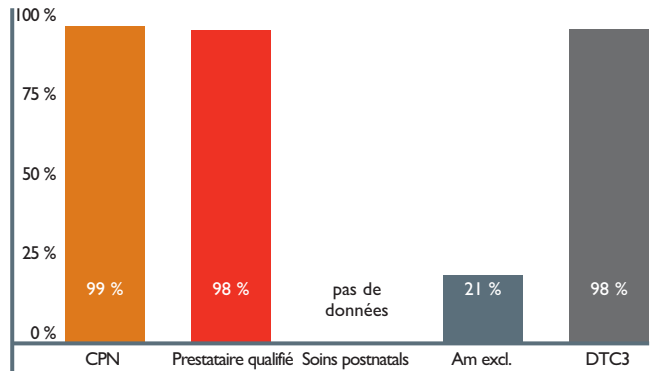
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	-
Fourchette de réduction dans le TMN	-

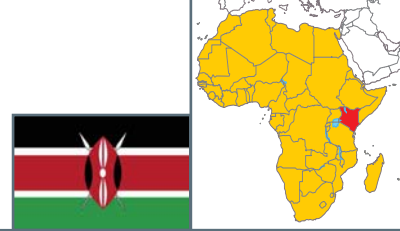
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 4 640
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 105
Dépenses publiques pour la santé	9 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	39 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Kenya



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	33 467 000
Naissances annuelles	1 322 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 000
Décès maternels annuels	13 200

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	45
Nombre annuel de mort-nés	61 400
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	33
Décès néonataux annuels	43 600
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	32 %

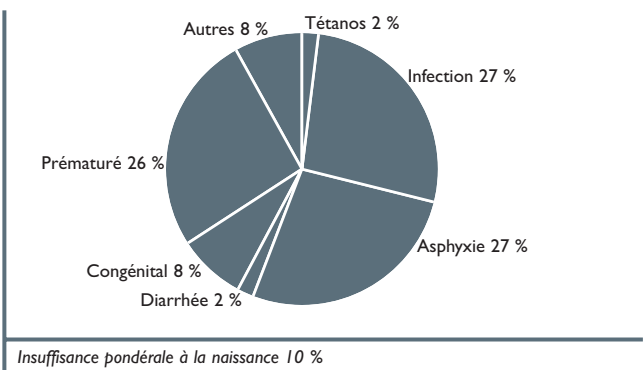
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	120
Décès des moins de 5 ans annuels	158 600
Décès postnatals annuels	115 000
TMN en tant que pourcentage du TMM5	28 %

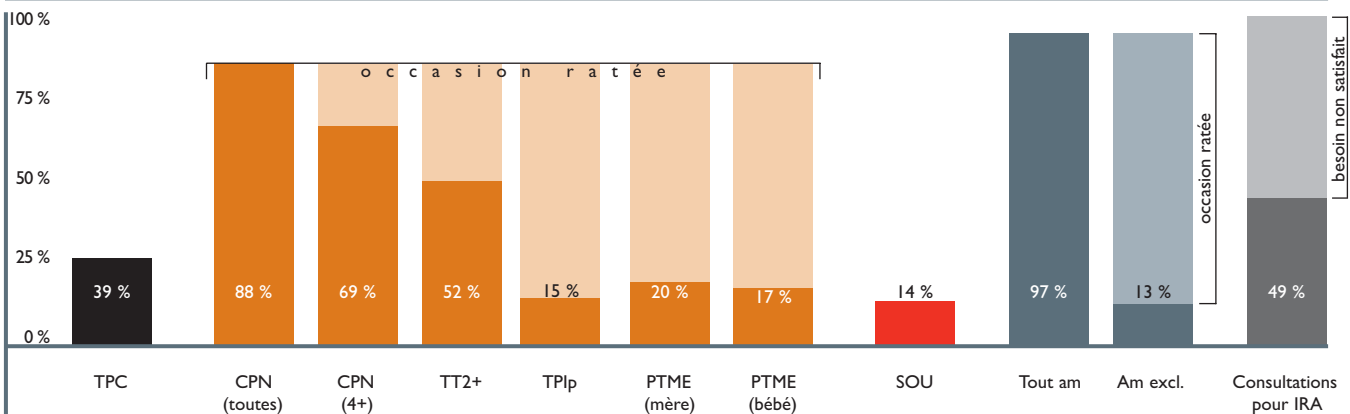
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	5
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	48 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	232
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	22 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

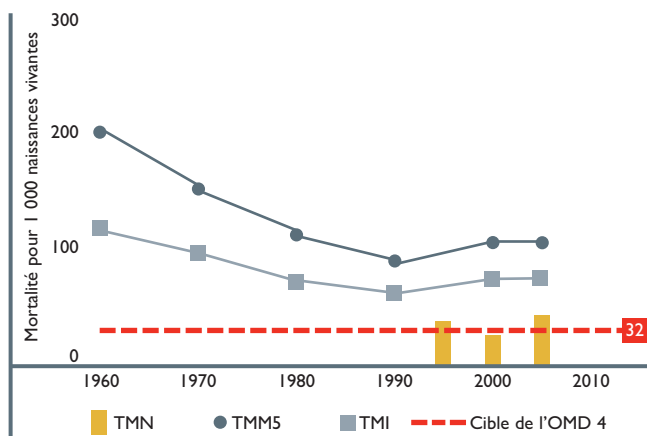
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



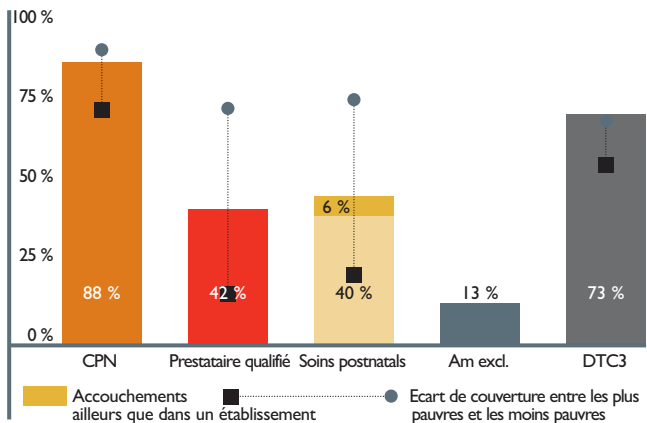
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 29 800
Fourchette de réduction dans le TMN	34-65 %

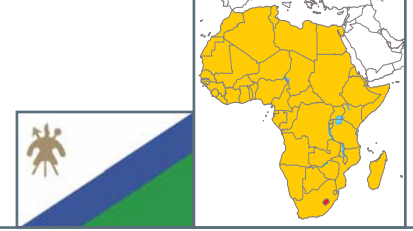
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 460
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 8
Dépenses publiques pour la santé	7 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	51 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Partiel
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Lesotho



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	1 798 000
Naissances annuelles	50 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	550
Décès maternels annuels	300

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	23
Nombre annuel de mort-nés	1 200
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	46
Décès néonataux annuels	2 300
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	104 %

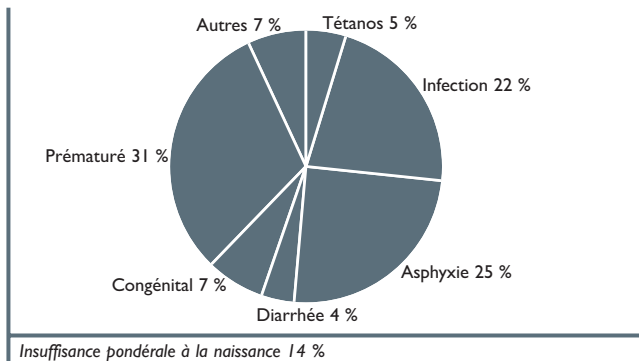
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	113
Décès des moins de 5 ans annuels	5 700
Décès postnatals annuels	3 400
TMN en tant que pourcentage du TMM5	41 %

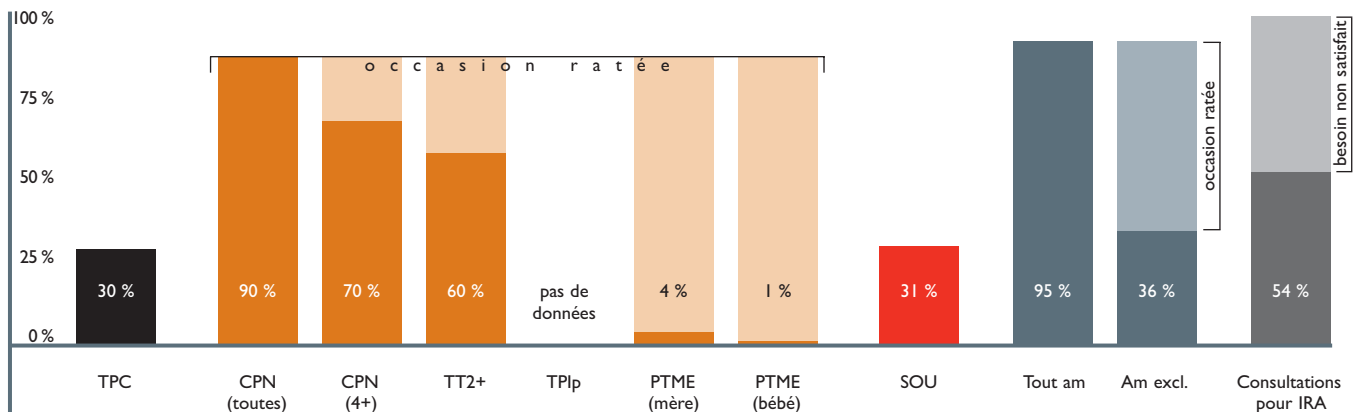
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	7, en cours
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	51 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	7
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	60 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

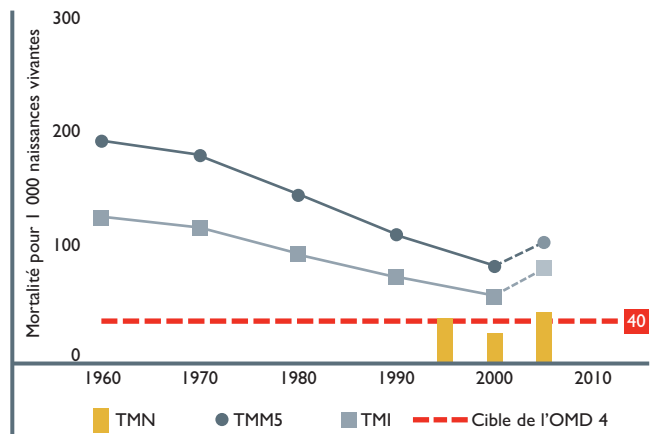


## OCCASIONS RATEES



Voir page 226 pour les sources et notes de données. Pour ce pays, le TMM, le TMM5, le TMI et le TMN les plus récents proviennent de données non ajustées de l'EDS.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



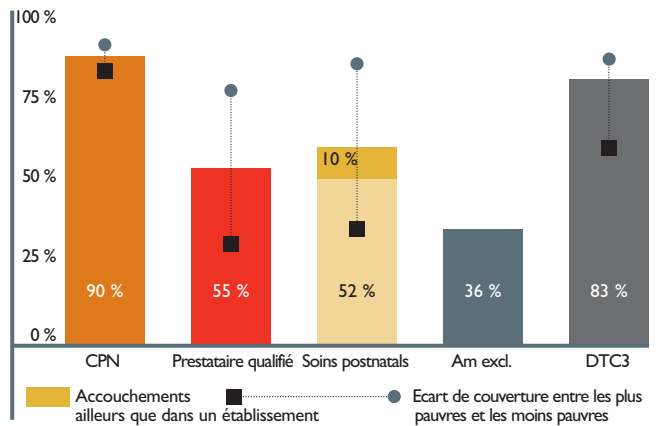
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 1 300
Fourchette de réduction dans le TMN	29-59 %

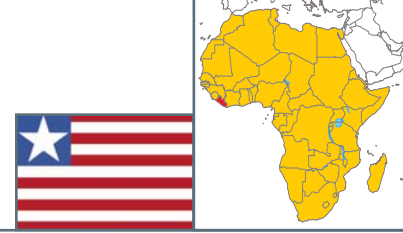
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 740
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 25
Dépenses publiques pour la santé	10 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	4 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Non
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Liberia



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	3 241 000
Naissances annuelles	164 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	760
Décès maternels annuels	1 200

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	32
Nombre annuel de mort-nés	5 400
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	66
Décès néonataux annuels	10 800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

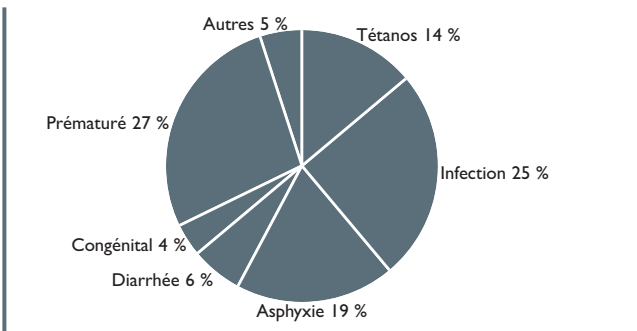
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	235
Décès des moins de 5 ans annuels	38 500
Décès postnatals annuels	27 700
TMN en tant que pourcentage du TMM5	28 %

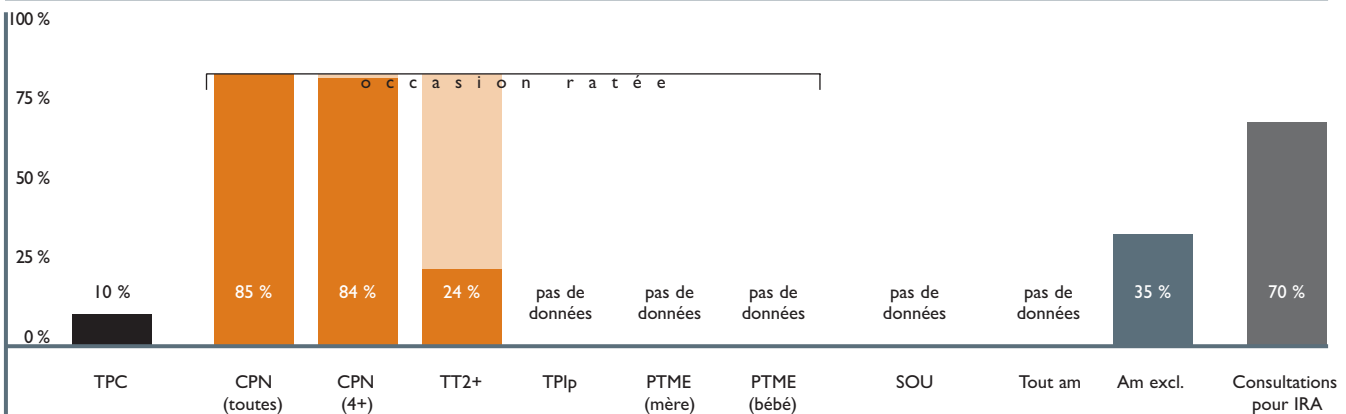
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	-
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	2
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,12
Districts avec PCIME	-
Elimination du tétanos néonatal	Non

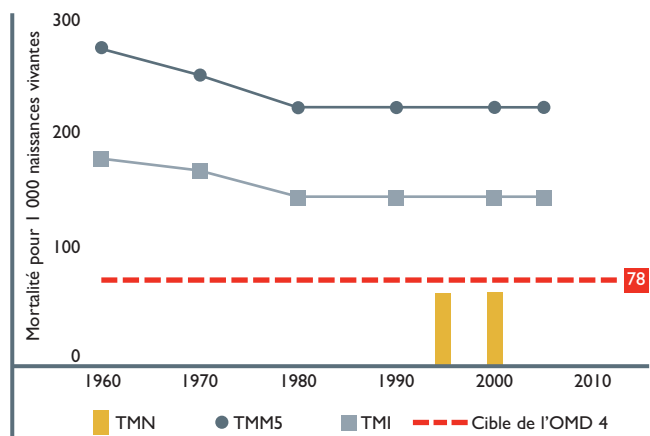
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



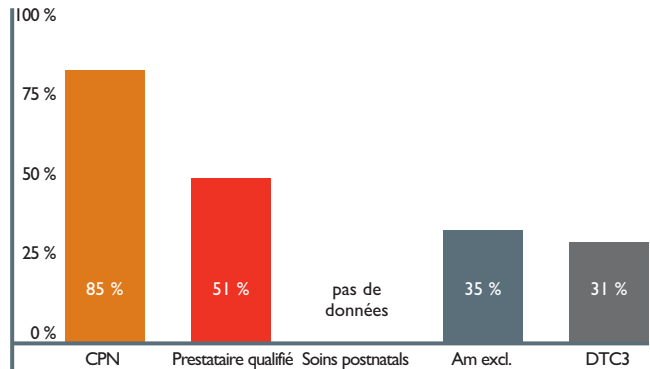
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 8 200
Fourchette de réduction dans le TMN	44-73 %

## FINANCEMENT

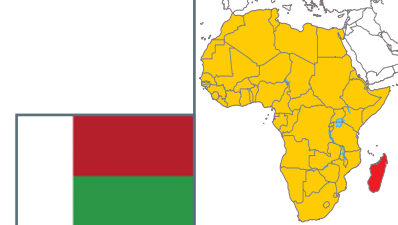
Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 110
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 4
Dépenses publiques pour la santé	18 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	43 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Partiel
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS





# Madagascar



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	18 113 000
Naissances annuelles	704 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	550
Décès maternels annuels	3 900

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	29
Nombre annuel de mort-nés	20 800
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	32
Décès néonataux annuels	22 500
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	127 %

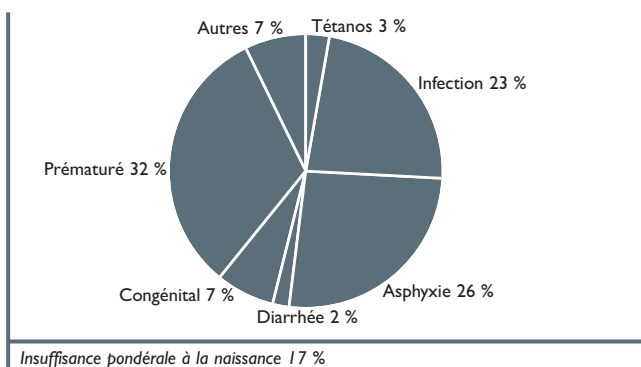
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	123
Décès des moins de 5 ans annuels	86 600
Décès postnatals annuels	64 100
TMN en tant que pourcentage du TMM5	26 %

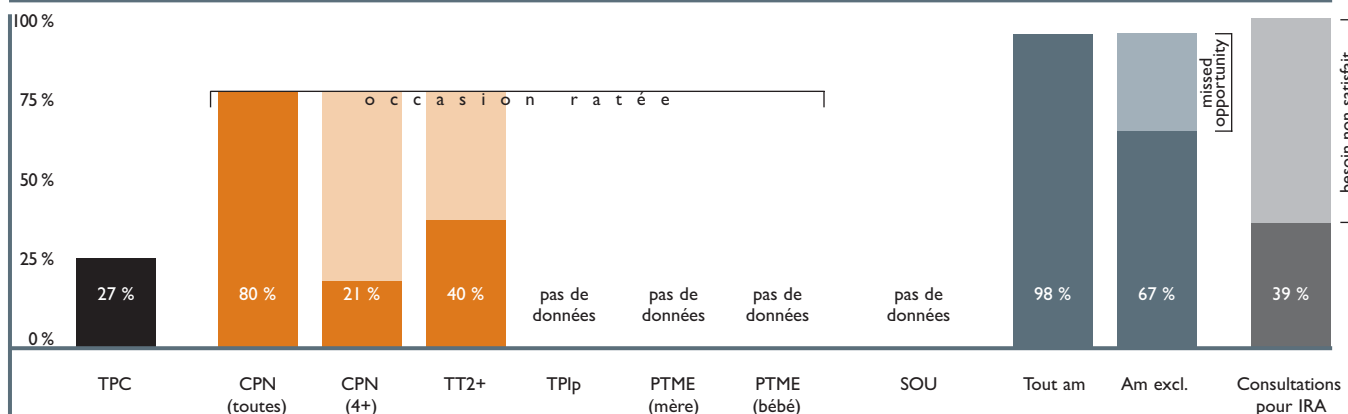
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	6
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	75 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	53
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	79 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX

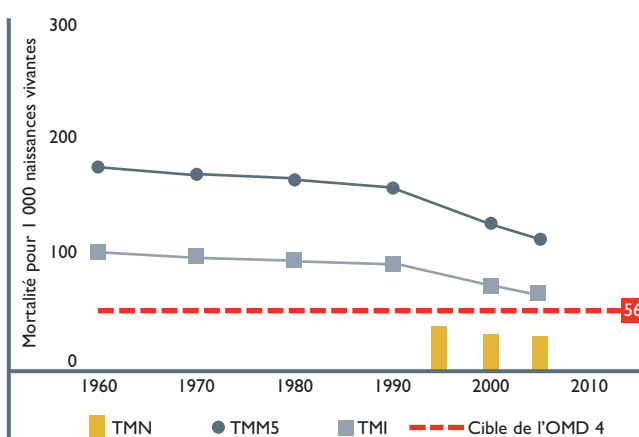


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



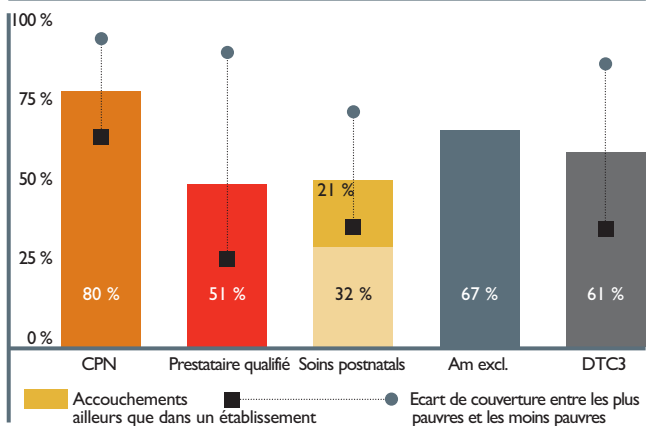
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 15 200
Fourchette de réduction dans le TMN	36-66 %

## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 300
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 5
Dépenses publiques pour la santé	9 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	34 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Oui
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	Non

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Malawi



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	12 608 000
Naissances annuelles	550 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	984
Décès maternels annuels	5 400

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	39
Nombre annuel de mort-nés	22 200
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	31
Décès néonataux annuels	17 000
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	24 %

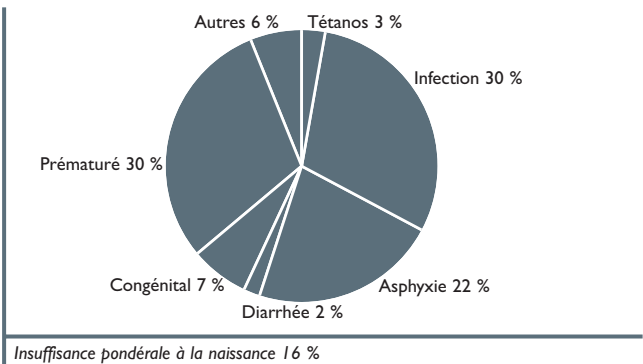
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	118
Décès des moins de 5 ans annuels	64 900
Décès postnatals annuels	47 900
TMN en tant que pourcentage du TMM5	26 %

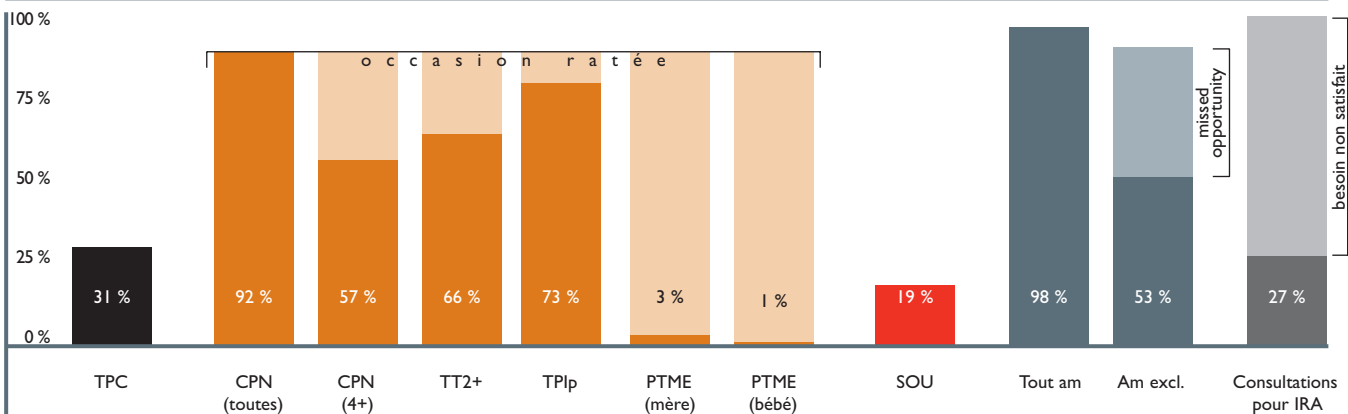
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	5
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	7
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	64 %
Elimination du tétanos néonatal	Oui

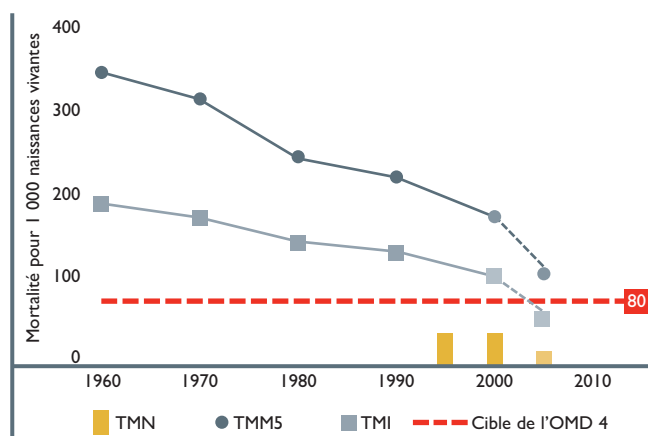
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



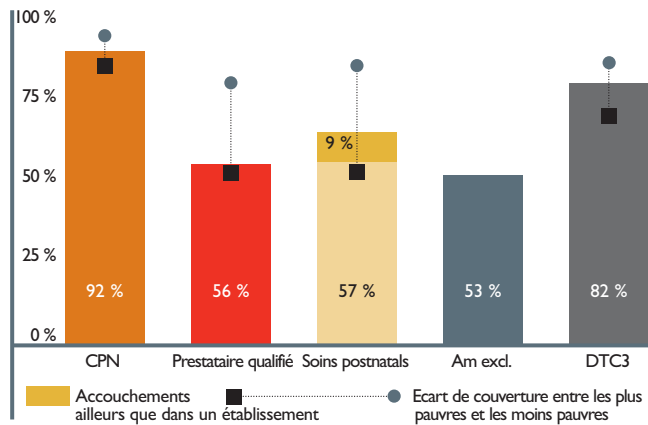
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 10 000
Fourchette de réduction dans le TMN	29-59 %

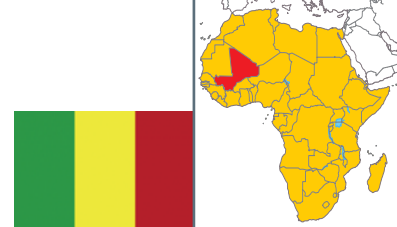
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 170
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 5
Dépenses publiques pour la santé	9 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	28 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Partiel
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	Partiel

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Mali



V

## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale 11 987 400  
Naissances annuelles 599 400

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes 582  
Décès maternels annuels 3 500

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements 24  
Nombre annuel de mort-nés 14 400  
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes 46  
Décès néonataux annuels 27 600  
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres 34 %

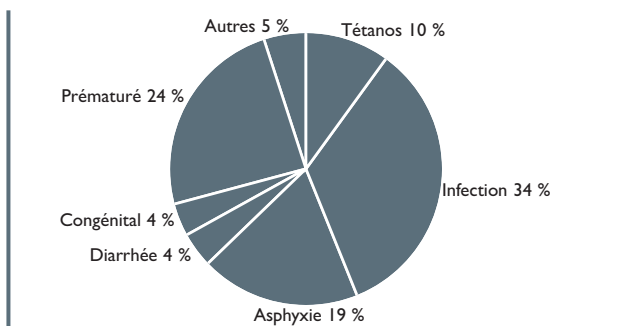
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes 191  
Décès des moins de 5 ans annuels 114 500  
Décès postnatals annuels 86 900  
TMN en tant que pourcentage du TMM5 24 %

## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

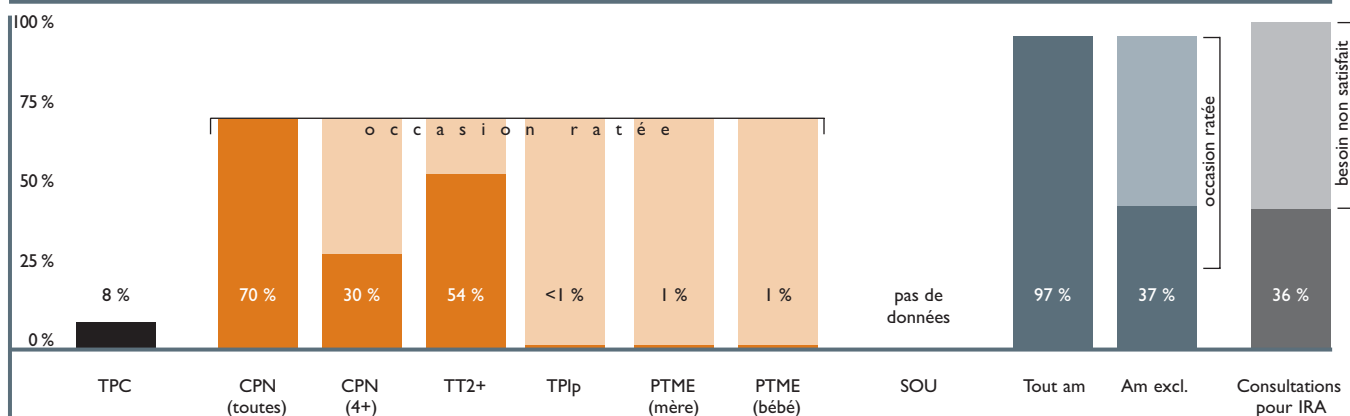
Etape (sur 10) de la Feuille de Route 10  
Equipe nationale spéciale pour la SMNI Oui  
Naissances inscrites à l'Etat civil 48 %  
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés 24  
Sages-femmes pour 1 000 personnes 0,07  
Districts avec PCIME 14 %  
Elimination du tétanos néonatal Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



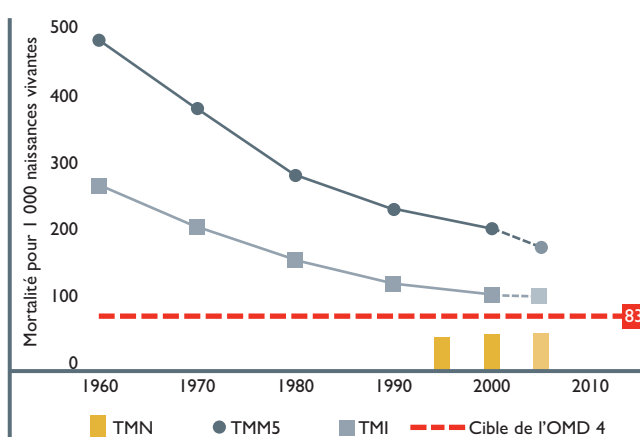
Insuffisance pondérale à la naissance 23 %

## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données. Pour ce pays, le TMM, le TMM5, le TMI et le TMN les plus récents proviennent de données non ajustées de l'EDS. Ce tableau a été mis à jour d'après la version anglaise afin de prendre en compte les données les plus récentes.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



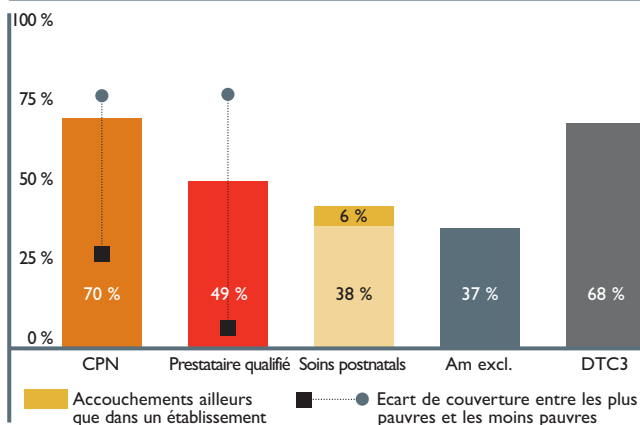
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées jusqu'à 27 600  
Fourchette de réduction dans le TMN 41-72 %

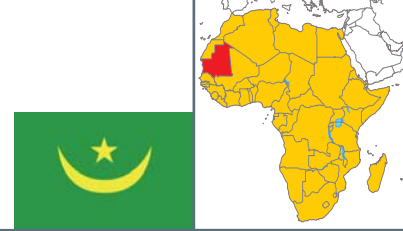
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US) \$ 360  
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US) \$ 9  
Dépenses publiques pour la santé 11 %  
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé 38 %  
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants -  
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés -

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Mauritanie



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	2 980 000
Naissances annuelles	123 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 000
Décès maternels annuels	1 200

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	30
Nombre annuel de mort-nés	3 800
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	40
Décès néonataux annuels	4 900
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

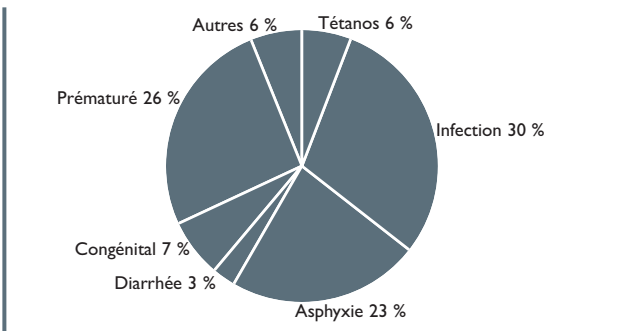
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	125
Décès des moins de 5 ans annuels	15 100
Décès postnatals annuels	10 200
TMN en tant que pourcentage du TMM5	33 %

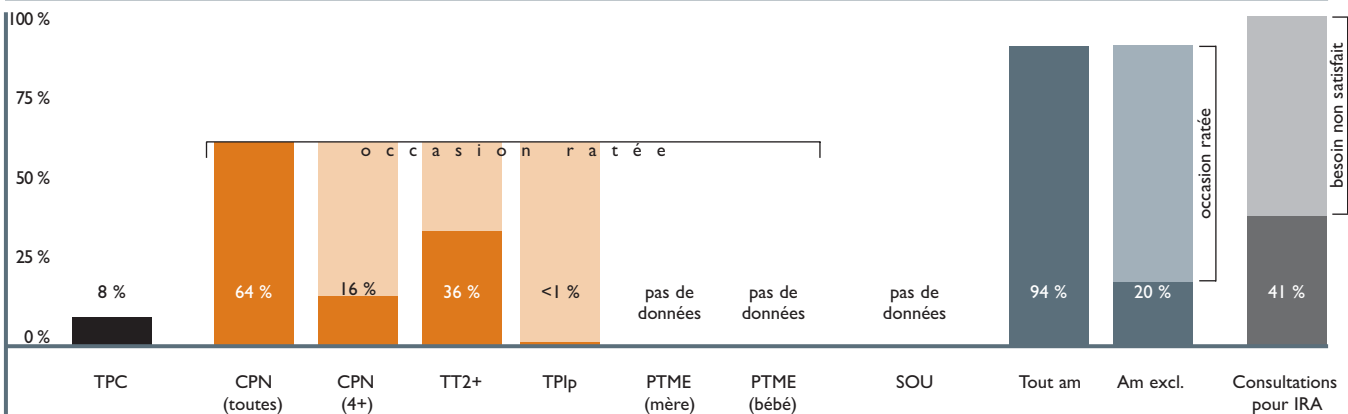
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	1
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	55 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	1
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	4 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

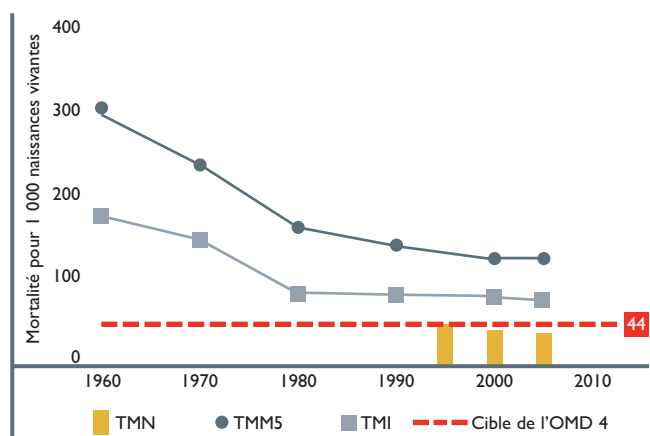
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



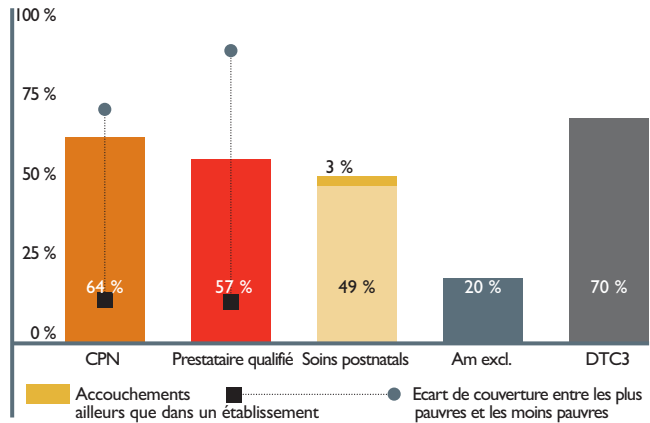
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 3 400
Fourchette de réduction dans le TMN	38-68 %

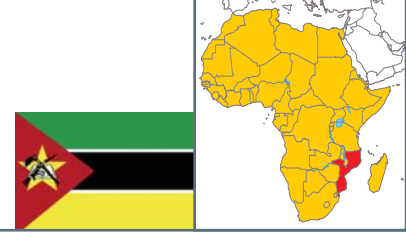
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 420
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 13
Dépenses publiques pour la santé	14 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	23 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Mozambique



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale 19 424 000  
Naissances annuelles 769 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes 1 000  
Décès maternels annuels 7 700

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements 32  
Nombre annuel de mort-nés 25 200  
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes 37  
Décès néonataux annuels 28 500  
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres 103 %

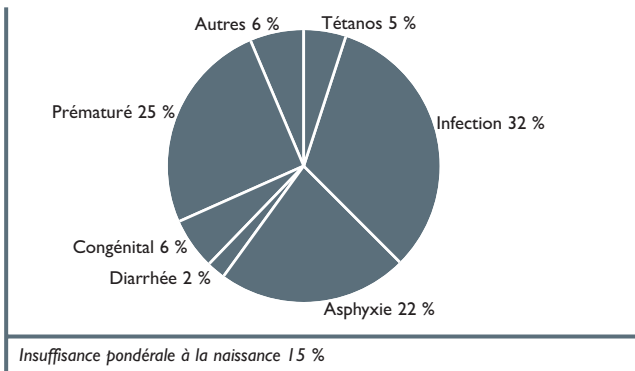
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes 152  
Décès des moins de 5 ans annuels 116 900  
Décès postnatals annuels 88 400  
TMN en tant que pourcentage du TMM5 24 %

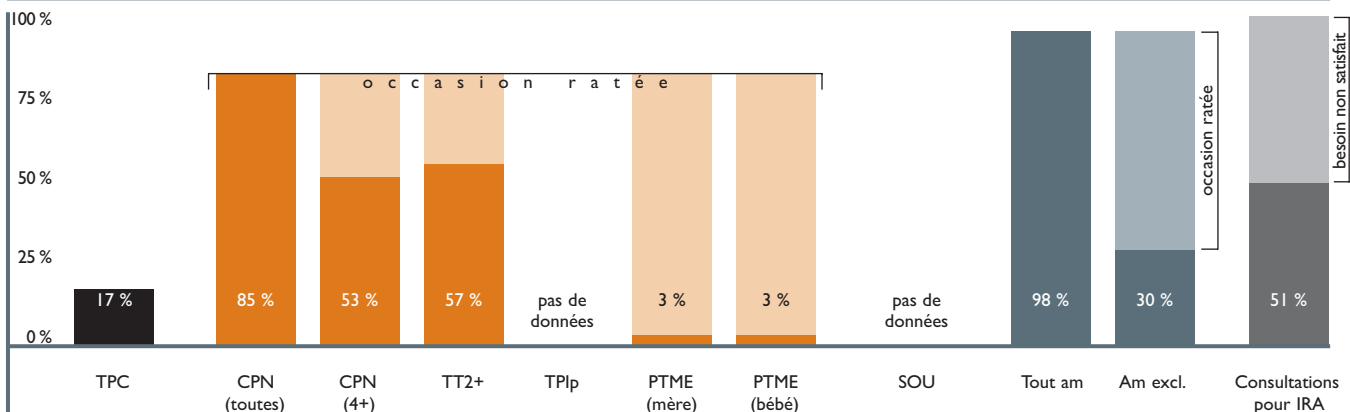
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route 1  
Equipe nationale spéciale pour la SMNI Non  
Naissances inscrites à l'Etat civil -  
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés -  
Sages-femmes pour 1 000 personnes 0,12  
Districts avec PCIME 21 %  
Elimination du tétanos néonatal Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

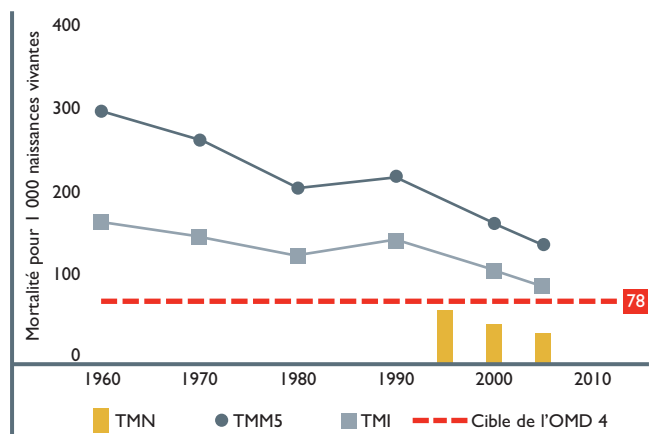


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



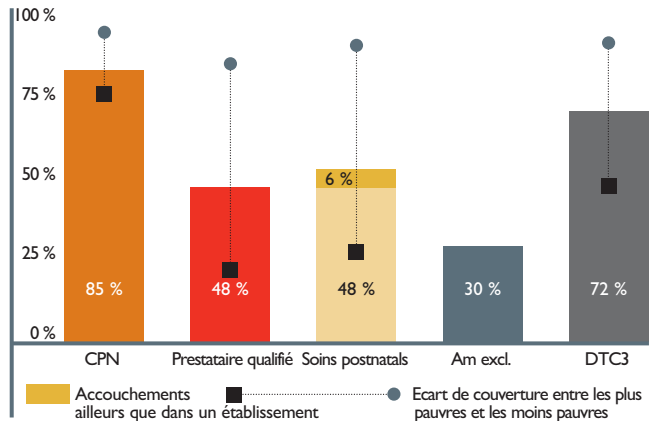
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées jusqu'à 19 100  
Fourchette de réduction dans le TMN 35-67 %

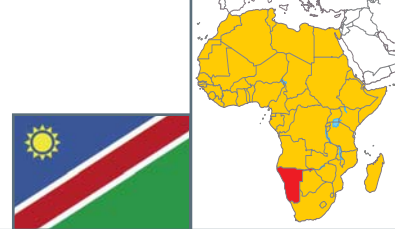
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US) \$ 250  
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US) \$ 7  
Dépenses publiques pour la santé 11 %  
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé 15 %  
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants Oui  
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés -

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Namibie



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	2 009 000
Naissances annuelles	56 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	300
Décès maternels annuels	200

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	19
Nombre annuel de mort-nés	1 100
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	25
Décès néonataux annuels	1 400
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

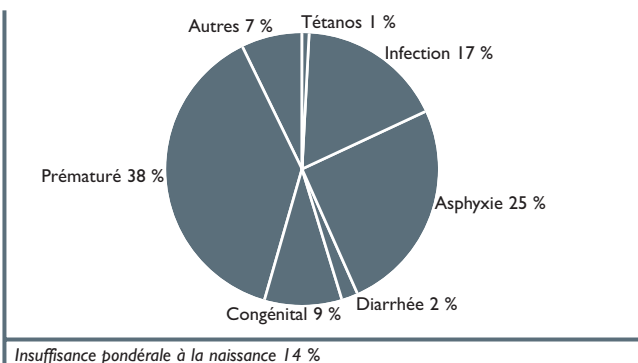
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	63
Décès des moins de 5 ans annuels	3 500
Décès postnatals annuels	2 100
TMN en tant que pourcentage du TMM5	40 %

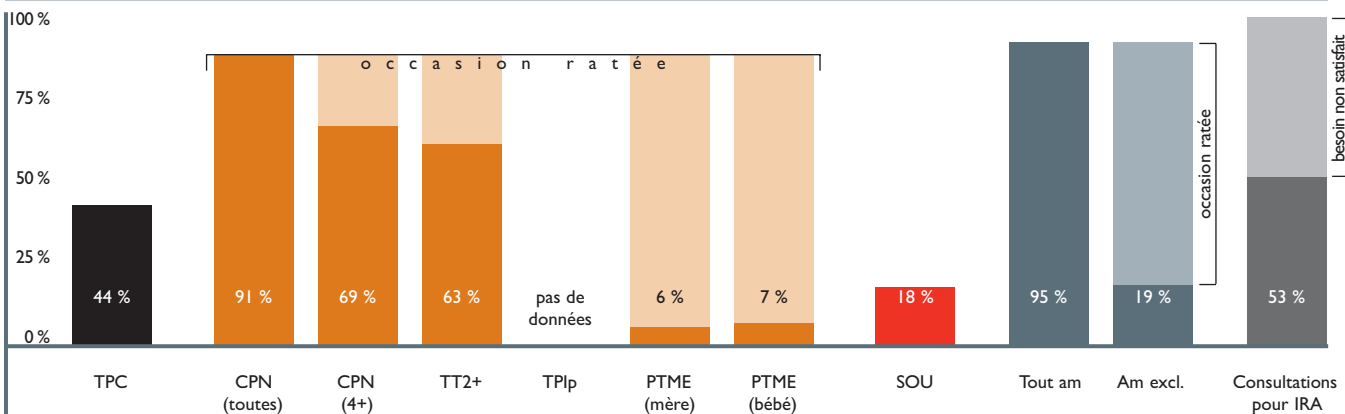
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	-
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	71 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	35
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	16 %
Elimination du tétanos néonatal	Oui

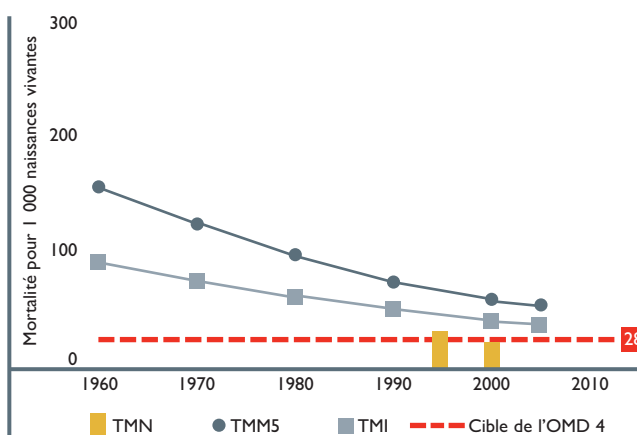
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



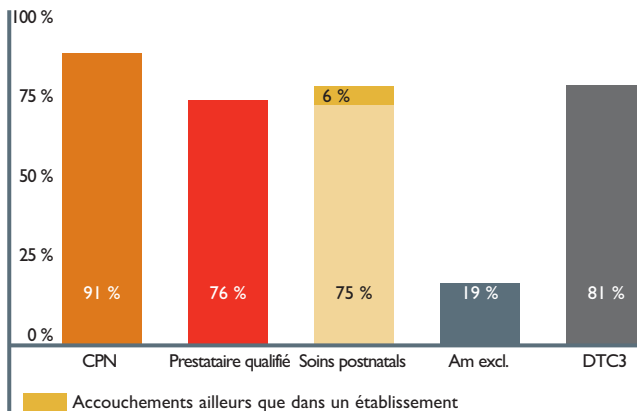
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 600
Fourchette de réduction dans le TMN	20-46 %

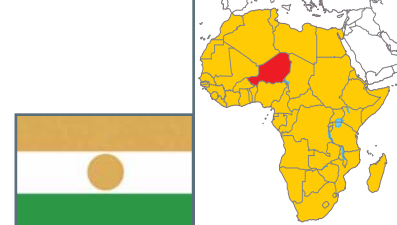
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 2 370
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 101
Dépenses publiques pour la santé	12 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	6 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Partiel
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITE DES SOINS



# Niger



V

## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	13 499 000
Naissances annuelles	734 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	648
Décès maternels annuels	4 800

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	38
Nombre annuel de mort-nés	29 200
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	33
Décès néonataux annuels	24 200
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	43 %

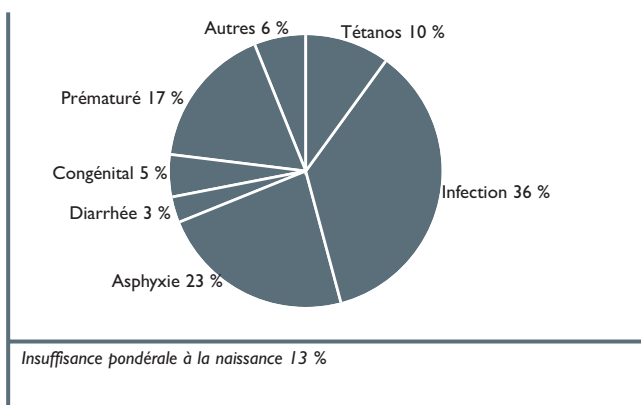
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	198
Décès des moins de 5 ans annuels	145 300
Décès postnatals annuels	121 100
TMN en tant que pourcentage du TMM5	17 %

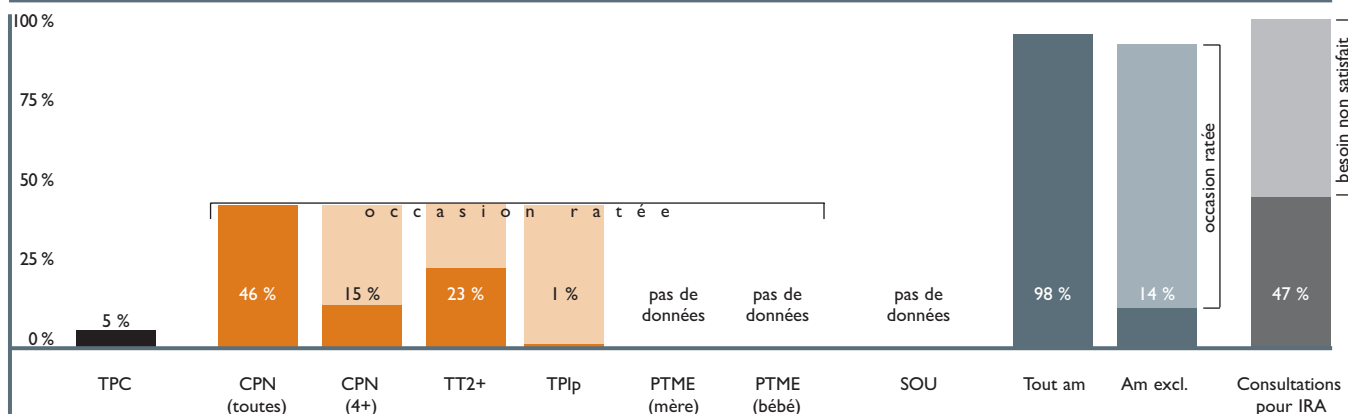
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	46 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	20
Sages-femmes pour 1 000 personnes	<0,01
Districts avec PCIME	40 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

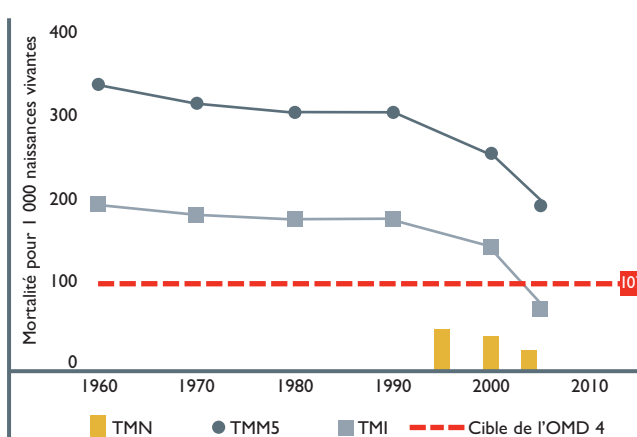


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données. Pour ce pays, le TMM, le TMM5, le TMI et le TMN les plus récents proviennent de données non ajustées de l'EDS. Cette page a été mise à jour par rapport à la version anglaise de manière à ajouter les données les plus récentes.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



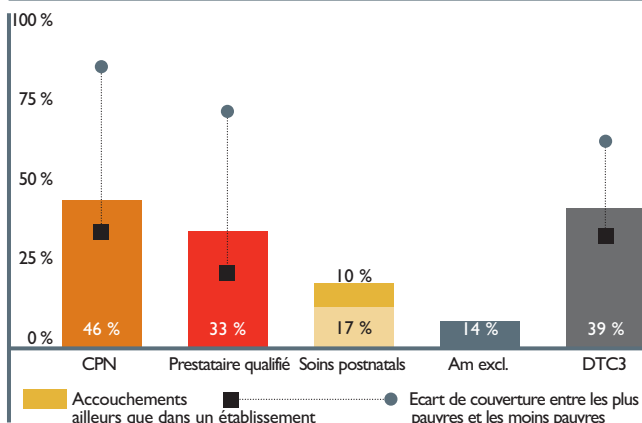
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 18 100
Fourchette de réduction dans le TMN	46-75 %

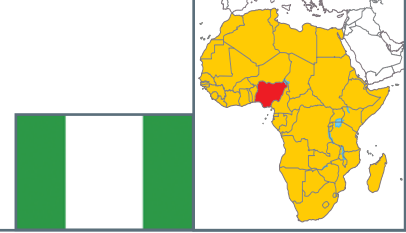
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 230
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 5
Dépenses publiques pour la santé	12 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	42 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Nigeria



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	128 709 000
Naissances annuelles	5 323 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	800
Décès maternels annuels	42 600

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	30
Nombre annuel de mort-nés	163 400
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	48
Décès néonataux annuels	255 500
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	157 %

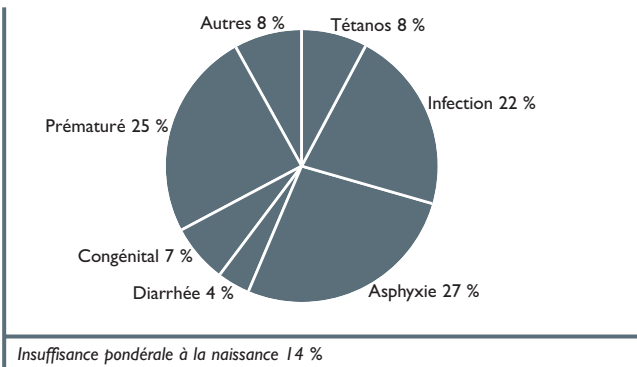
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	197
Décès des moins de 5 ans annuels	1 048 600
Décès postnatals annuels	793 100
TMN en tant que pourcentage du TMM5	24 %

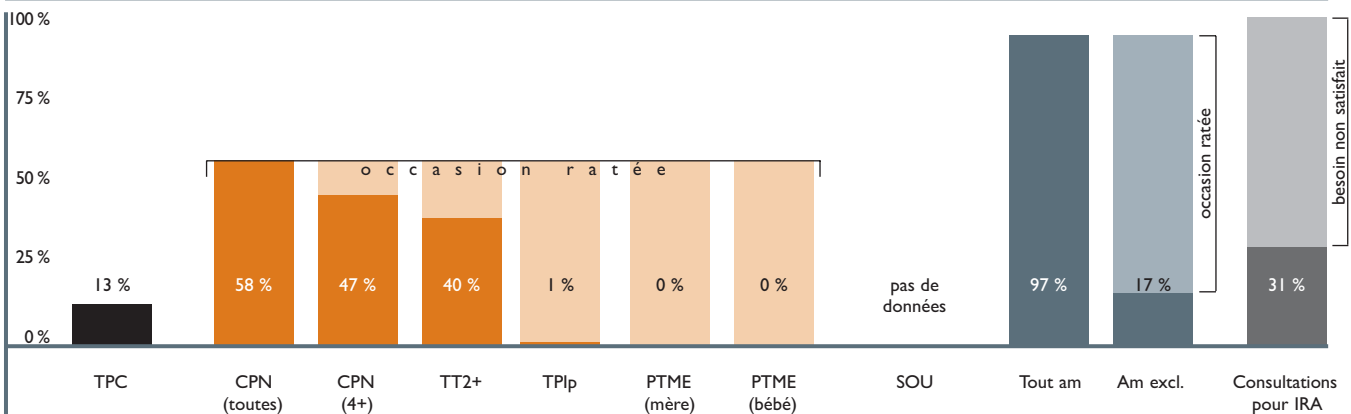
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	En cours
Naissances inscrites à l'Etat civil	30 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	1 147
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	1 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

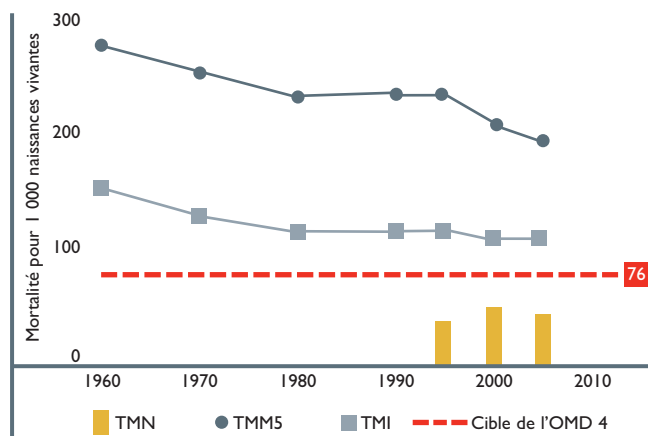
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



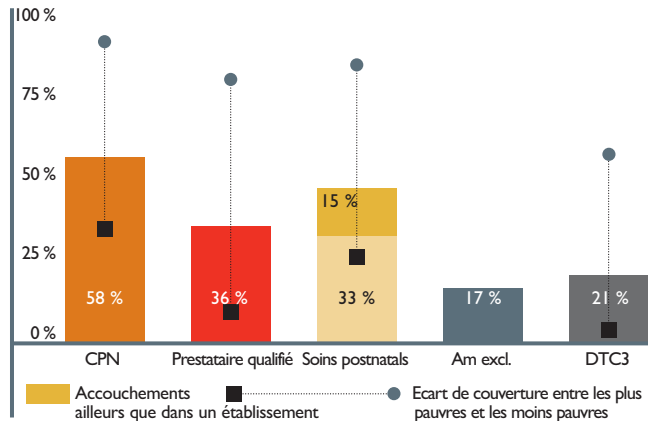
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 177 600
Fourchette de réduction dans le TMN	39-68 %

## FINANCEMENT

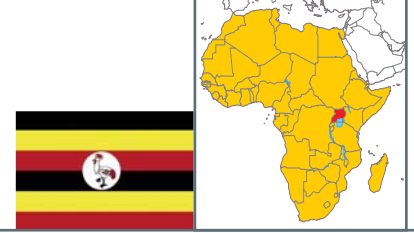
Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 390
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 6
Dépenses publiques pour la santé	3 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	68 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Partiel
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITE DES SOINS





# Ouganda



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	27 821 000
Naissances annuelles	1 412 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	435
Décès maternels annuels	6 100

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	31
Nombre annuel de mort-nés	45 100
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	29
Décès néonataux annuels	41 000
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

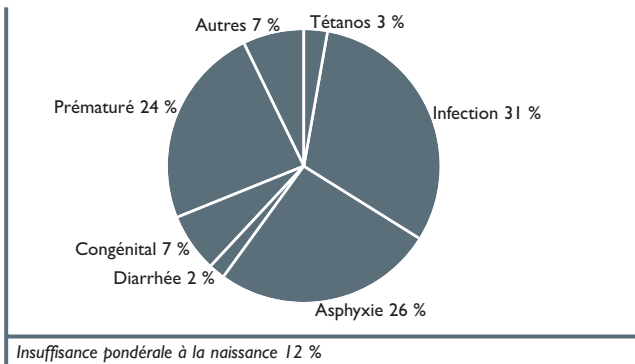
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	137
Décès des moins de 5 ans annuels	193 400
Décès postnatals annuels	152 500
TMN en tant que pourcentage du TMM5	21 %

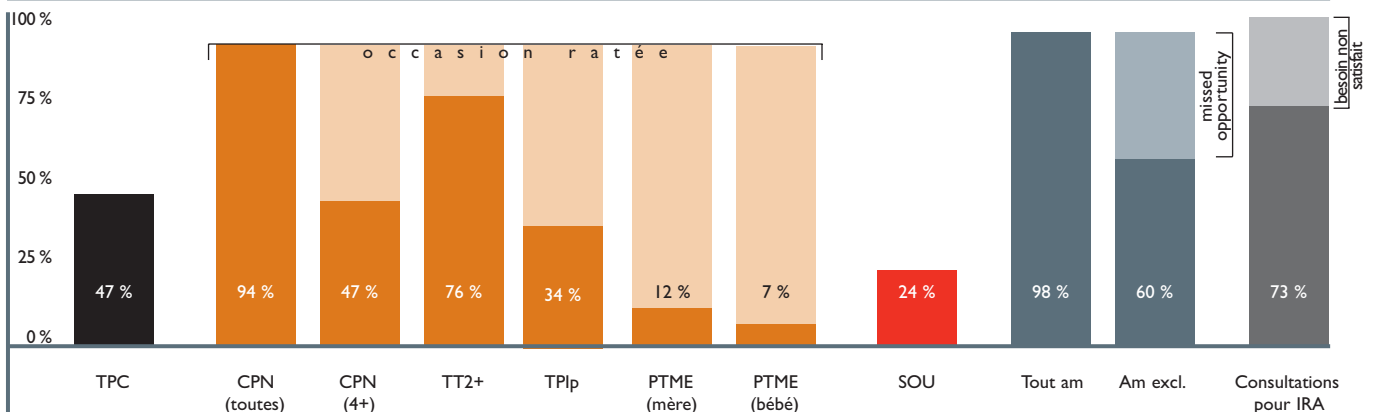
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	1
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	4 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	11
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,12
Districts avec PCIME	100 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

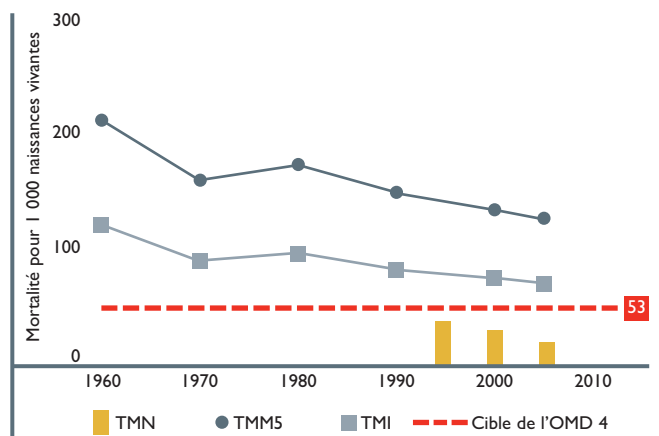


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données. Pour ce pays, le TMM, le TMM5, le TMI et le TMN les plus récents proviennent de données non ajustées de l'EDS. Cette page a été mise à jour par rapport à la version anglaise de manière à ajouter les données les plus récentes.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



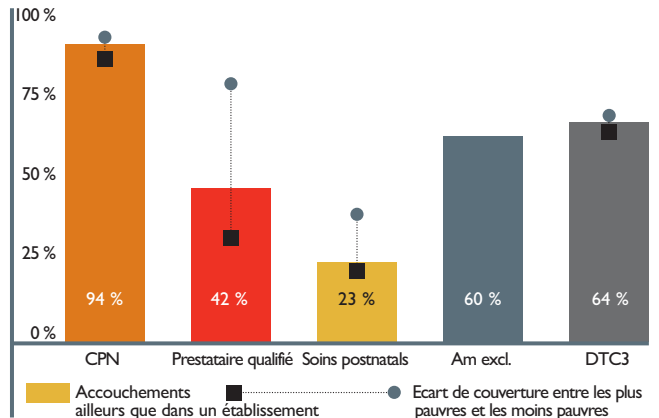
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 27 000
Fourchette de réduction dans le TMN	35-66 %

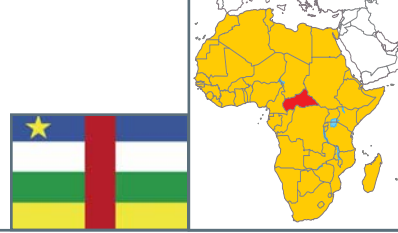
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 270
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 5
Dépenses publiques pour la santé	11 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	37 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Oui
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	Oui

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# République centrafricaine



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale 3 986 000  
Naissances annuelles 149 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes 1 100  
Décès maternels annuels 1 600

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements 29  
Nombre annuel de mort-nés 4 400  
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes 48  
Décès néonataux annuels 7 200  
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres 150 %

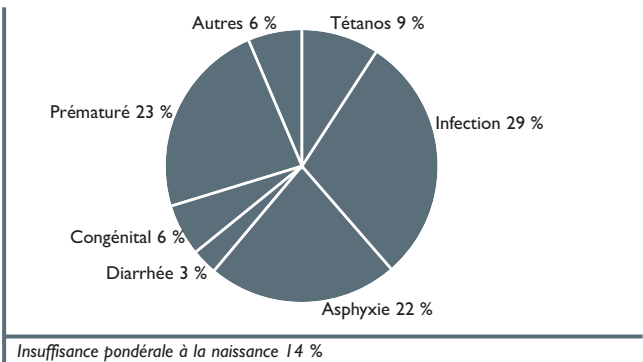
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes 193  
Décès des moins de 5 ans annuels 28 800  
Décès postnatals annuels 21 600  
TMN en tant que pourcentage du TMM5 25 %

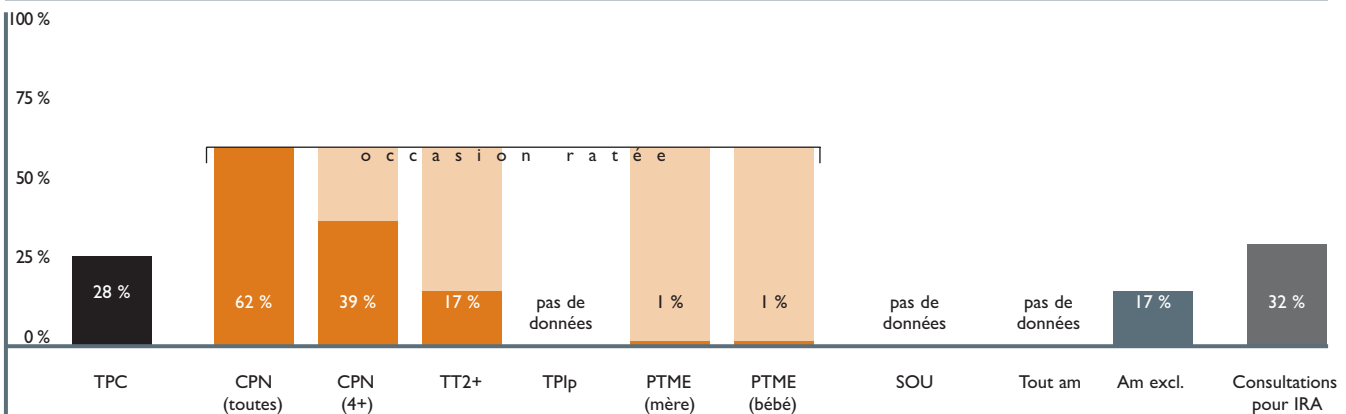
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route 4  
Equipe nationale spéciale pour la SMNI Oui  
Naissances inscrites à l'Etat civil 73 %  
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés 4  
Sages-femmes pour 1 000 personnes 0,13  
Districts avec PCIME -  
Elimination du tétanos néonatal Non

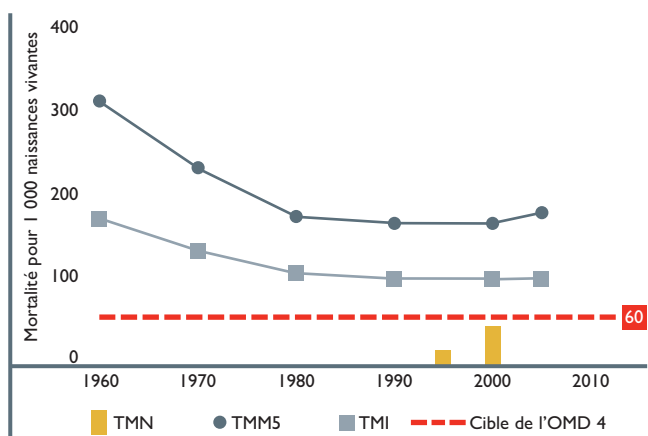
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



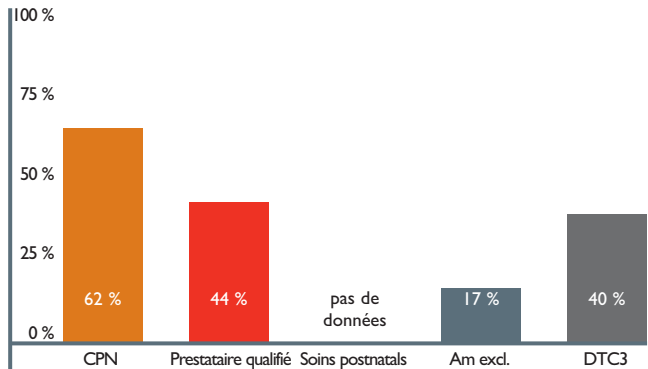
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées jusqu'à 4 700  
Fourchette de réduction dans le TMN 36-66 %

## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US) \$ 310  
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US) \$ 5  
Dépenses publiques pour la santé 12 %  
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé 59 %  
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants -  
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés -

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Rwanda



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	8 882 000
Naissances annuelles	365 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	750
Décès maternels annuels	2 700

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	30
Nombre annuel de mort-nés	11 200
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	37
Décès néonataux annuels	13 500
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	55 %

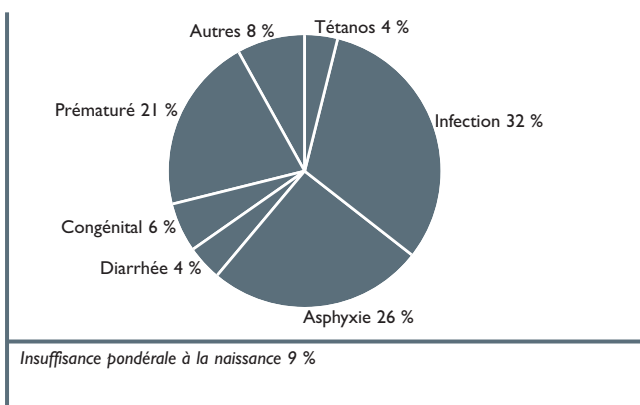
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	152
Décès des moins de 5 ans annuels	55 500
Décès postnatals annuels	42 000
TMN en tant que pourcentage du TMM5	24 %

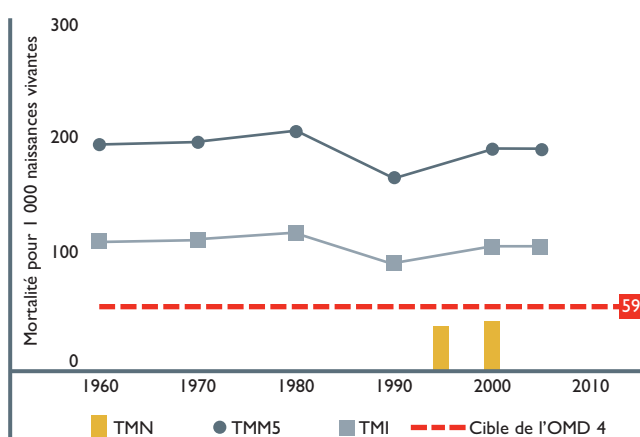
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	65 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	2
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,01
Districts avec PCIME	13 %
Elimination du tétanos néonatal	Oui

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



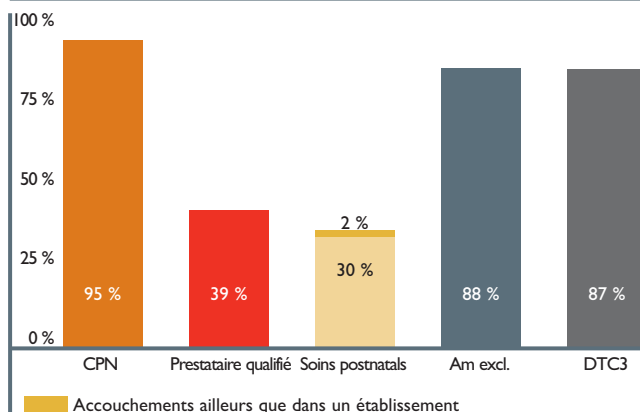
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 9 000
Fourchette de réduction dans le TMN	37-67 %

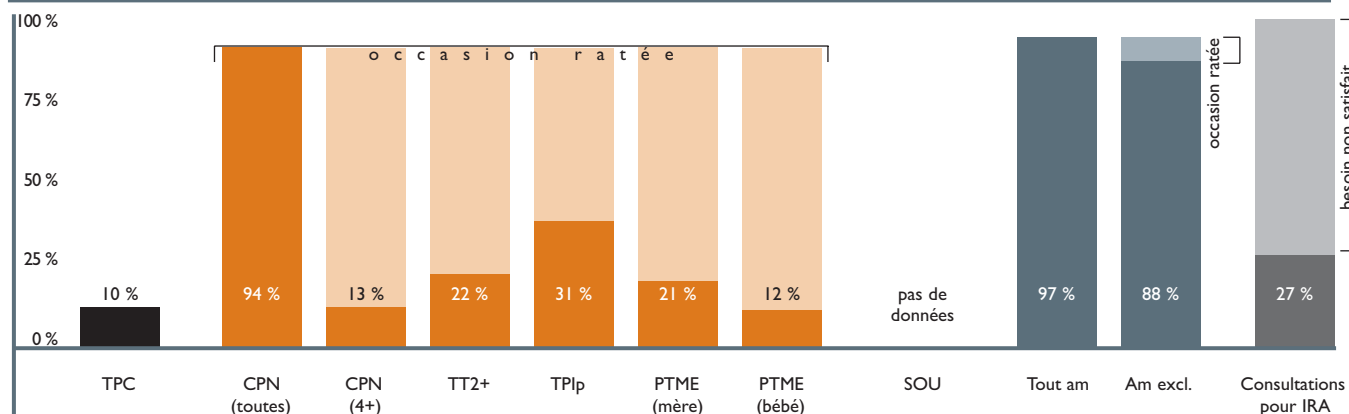
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 220
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 3
Dépenses publiques pour la santé	7 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	24 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Non
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS

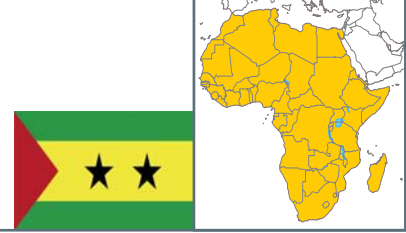


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données. Pour ce pays, le TMM, le TMM5, le TMI et le TMN les plus récents proviennent de données non ajustées de l'EDS. Ce tableau a été mis à jour d'après la version anglaise afin de prendre en compte les données les plus récentes.

# São Tomé e Príncipe



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	153 000
Naissances annuelles	5 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	-
Décès maternels annuels	-

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	25
Nombre annuel de mort-nés	100
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	38
Décès néonataux annuels	200
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

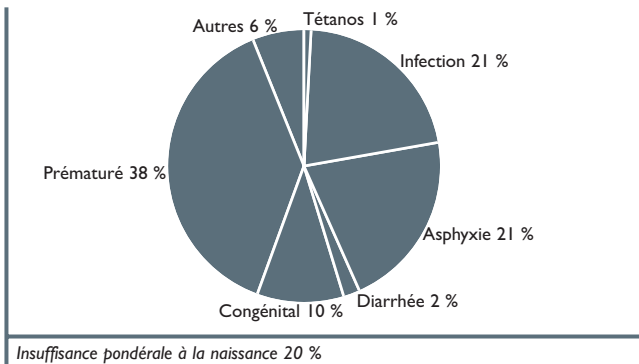
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	118
Décès des moins de 5 ans annuels	600
Décès postnatals annuels	400
TMN en tant que pourcentage du TMM5	32 %

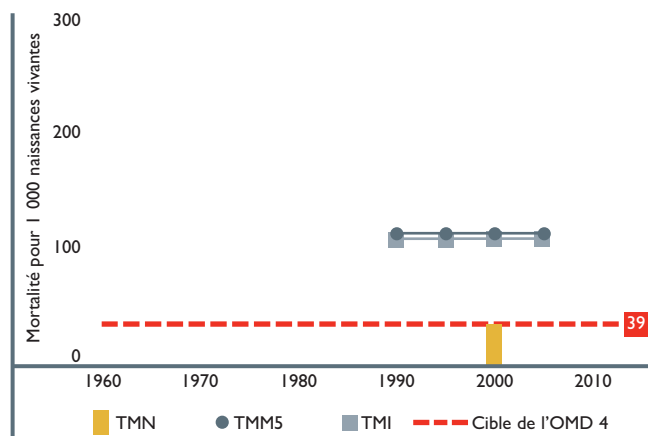
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	-
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	70 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	-
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,32
Districts avec PCIME	29 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



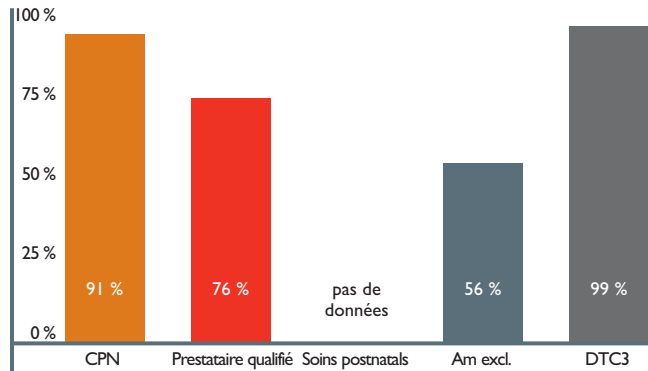
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à <100
Fourchette de réduction dans le TMN	20-46 %

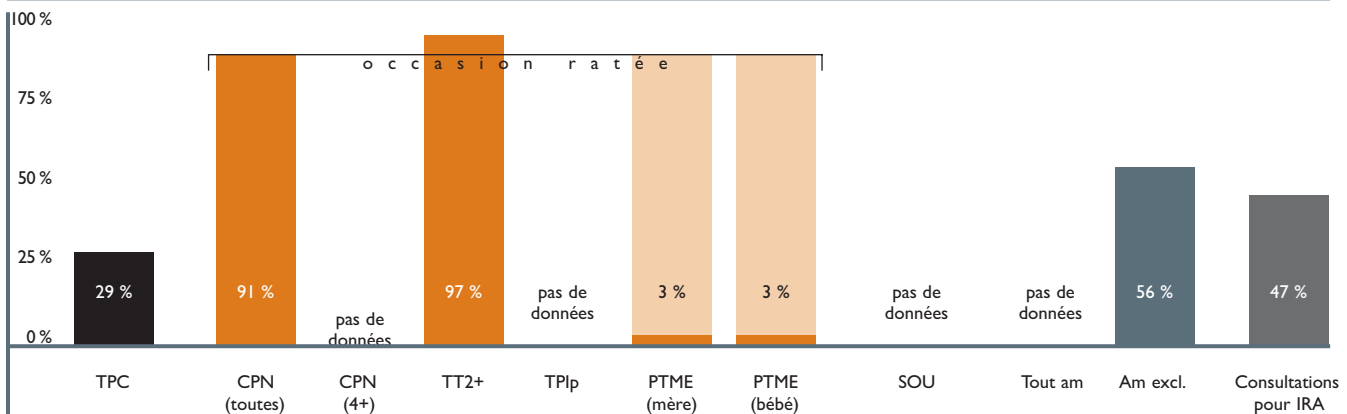
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 370
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 29
Dépenses publiques pour la santé	11 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	16 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS

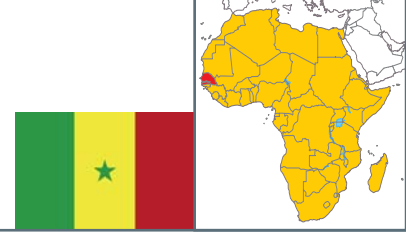


## OCCASIONS RATEES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

# Sénégal



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale 11 386 000  
Naissances annuelles 419 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes 401  
Décès maternels annuels 1 700

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements 27  
Nombre annuel de mort-nés 11 500  
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes 35  
Décès néonataux annuels 14 700  
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres 104 %

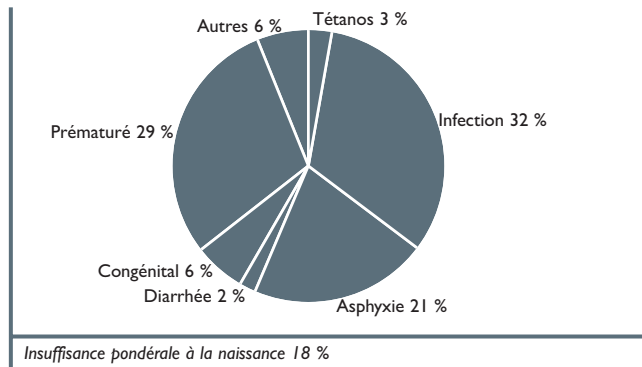
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes 121  
Décès des moins de 5 ans annuels 50 700  
Décès postnatals annuels 36 000  
TMN en tant que pourcentage du TMM5 29 %

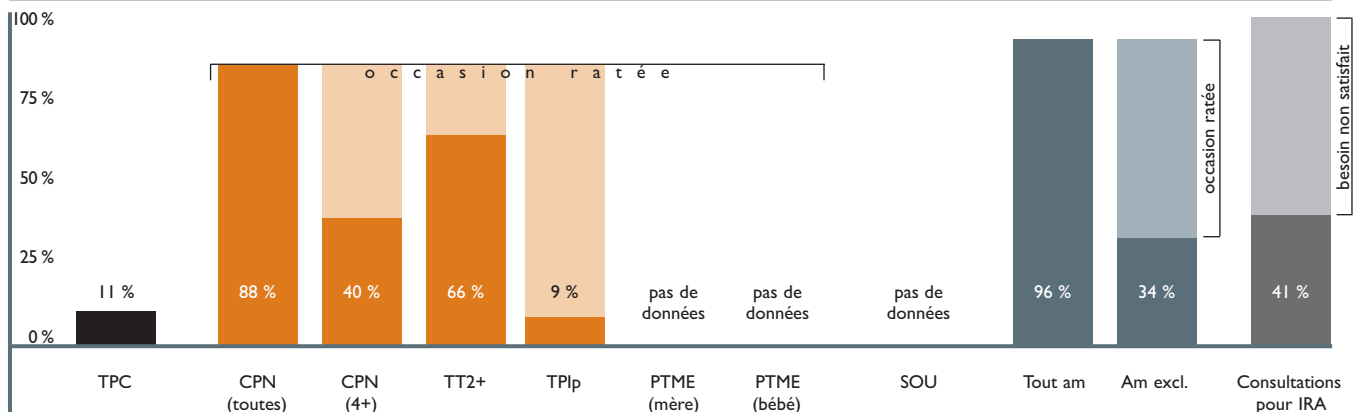
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route 7, en cours  
Equipe nationale spéciale pour la SMNI En cours  
Naissances inscrites à l'Etat civil 62 %  
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés -  
Sages-femmes pour 1 000 personnes -  
Districts avec PCIME 40 %  
Elimination du tétanos néonatal Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

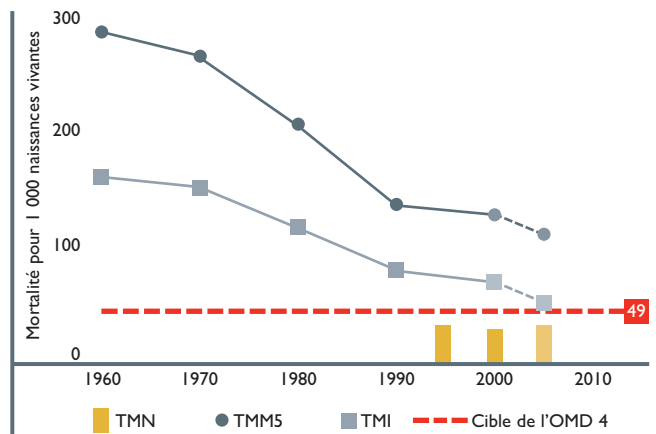


## OCCASIONS RATES



Voir page 226 pour les sources et notes de données.  
Pour ce pays, le TMM, le TMM5, le TMI et le TMN les plus récents proviennent de données non ajustées de l'EDS.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



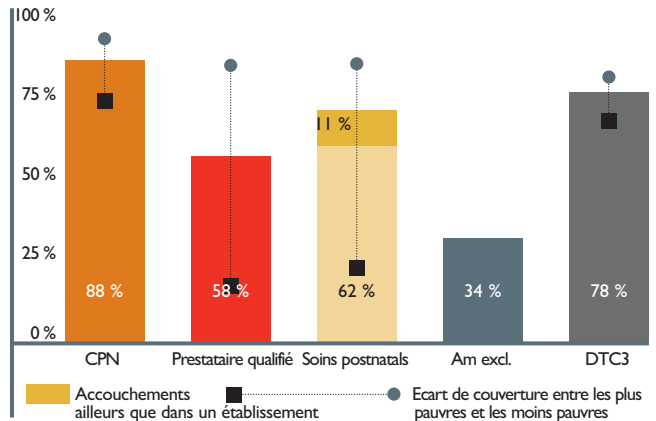
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées jusqu'à 8 700  
Fourchette de réduction dans le TMN 35-66 %

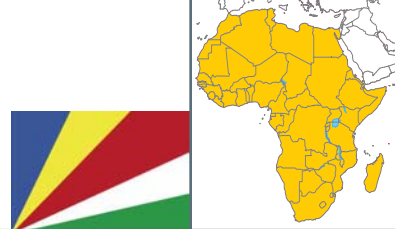
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US) \$ 670  
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US) \$ 12  
Dépenses publiques pour la santé 9 %  
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé 55 %  
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants -  
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés -

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Seychelles



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	80 000
Naissances annuelles	3 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	-
Décès maternels annuels	-

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	10
Nombre annuel de mort-nés	-
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	9
Décès néonataux annuels	<100
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

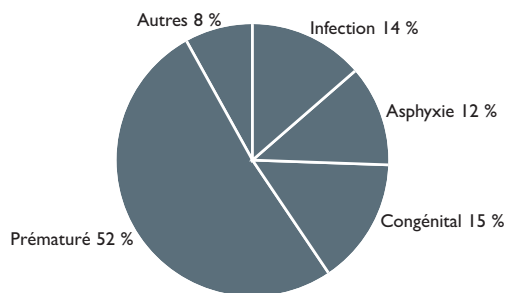
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	14
Décès des moins de 5 ans annuels	<100
Décès postnatals annuels	<100
TMN en tant que pourcentage du TMM5	62 %

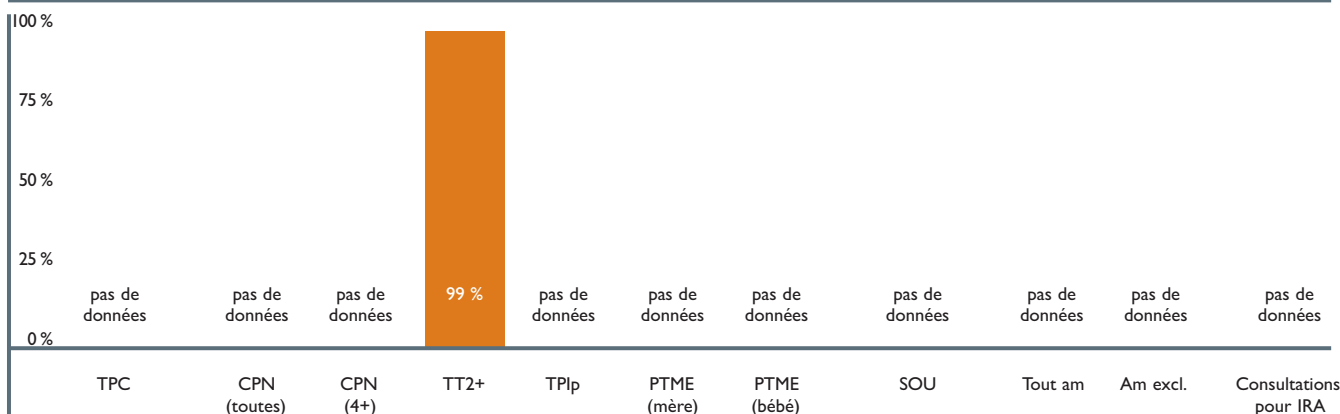
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	1
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	-
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	-
Elimination du tétanos néonatal	Non

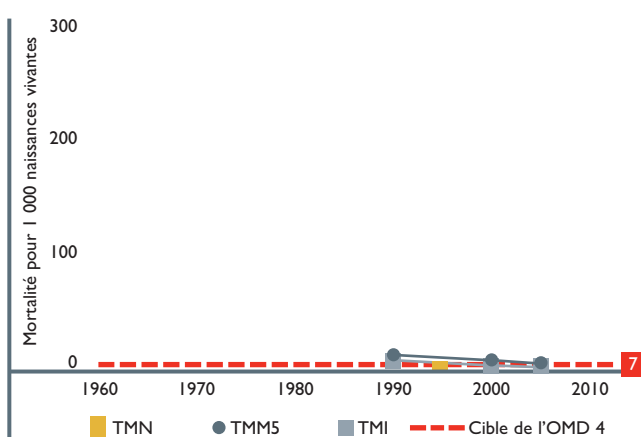
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



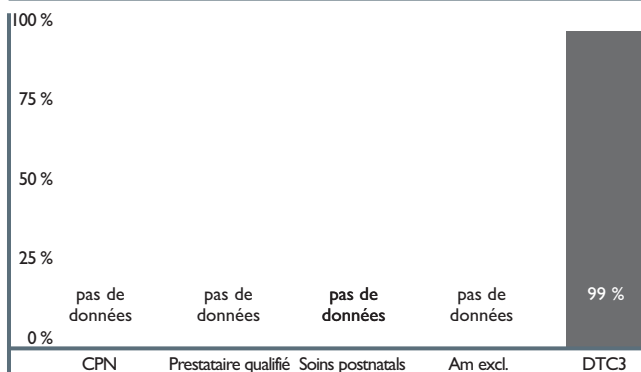
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à <100
Fourchette de réduction dans le TMN	11-27 %

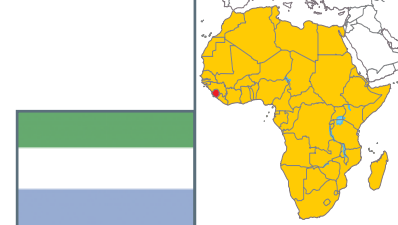
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 8 090
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 382
Dépenses publiques pour la santé	10 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	17 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITE DES SOINS



# Sierra Leone



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	5 336 000
Naissances annuelles	245 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	2,000
Décès maternels annuels	4 900

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	37
Nombre annuel de mort-nés	9 300
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	56
Décès néonataux annuels	13 800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

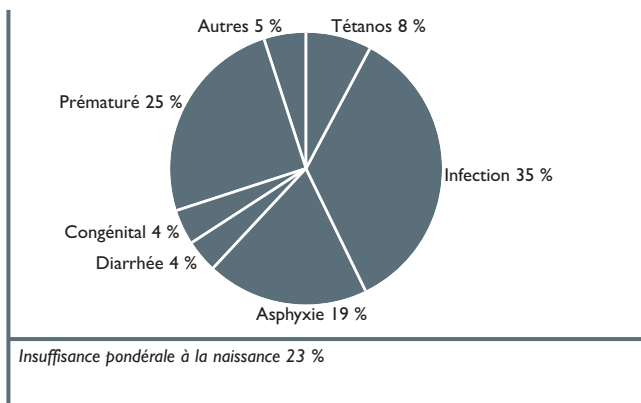
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	283
Décès des moins de 5 ans annuels	69 300
Décès postnatals annuels	55 500
TMN en tant que pourcentage du TMM5	20 %

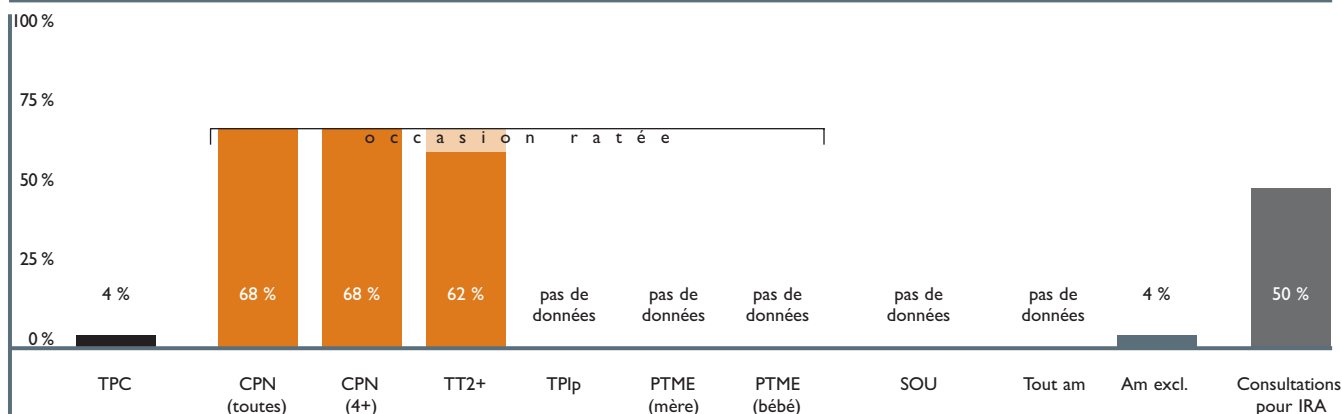
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	-
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	46 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	4
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	33 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

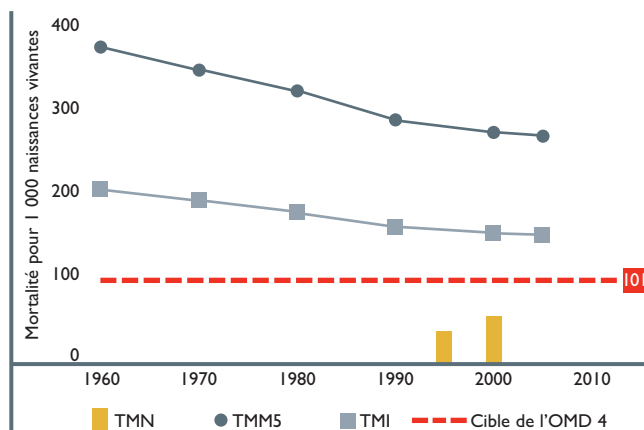


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



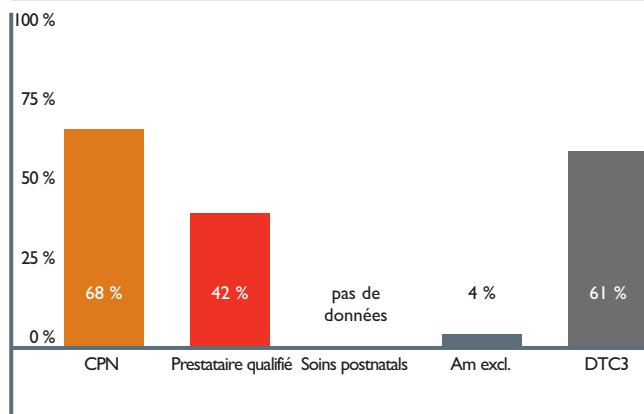
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 10 800
Fourchette de réduction dans le TMN	44-75 %

## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 200
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 4
Dépenses publiques pour la santé	8 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	42 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Non
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Somalie



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	7 964 000
Naissances annuelles	359 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 100
Décès maternels annuels	3 900

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	45
Nombre annuel de mort-nés	16 800
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	49
Décès néonataux annuels	17 800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

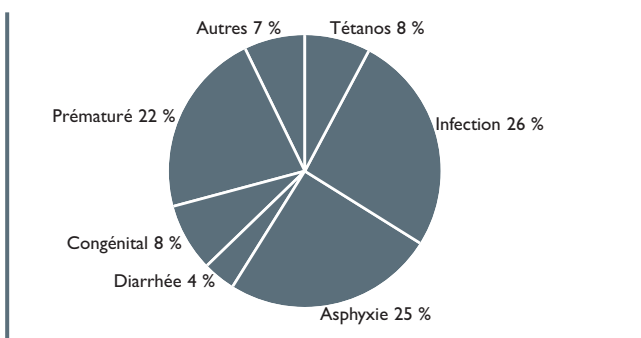
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	225
Décès des moins de 5 ans annuels	80 800
Décès postnatals annuels	63 000
TMN en tant que pourcentage du TMM5	22 %

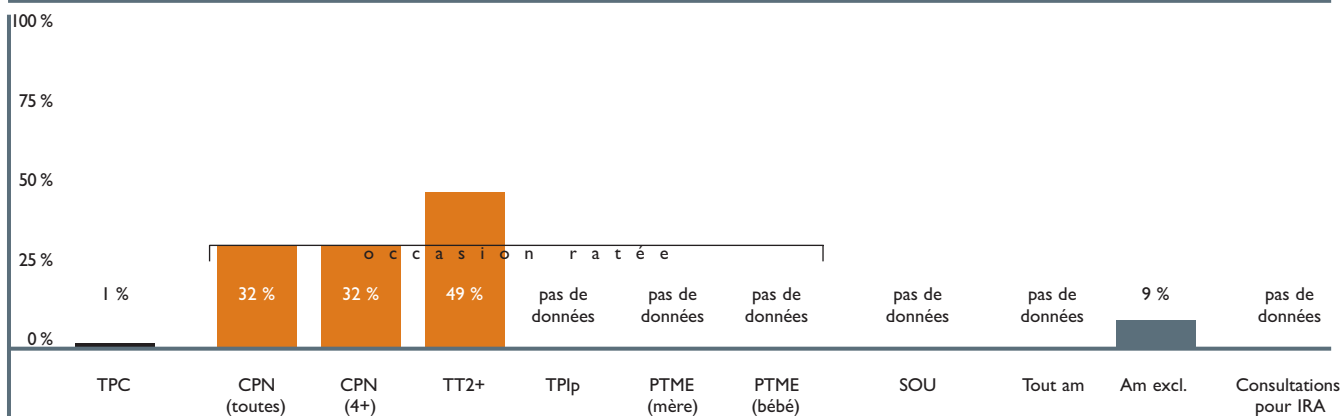
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	0
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	-
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	2
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	-
Elimination du tétanos néonatal	Non

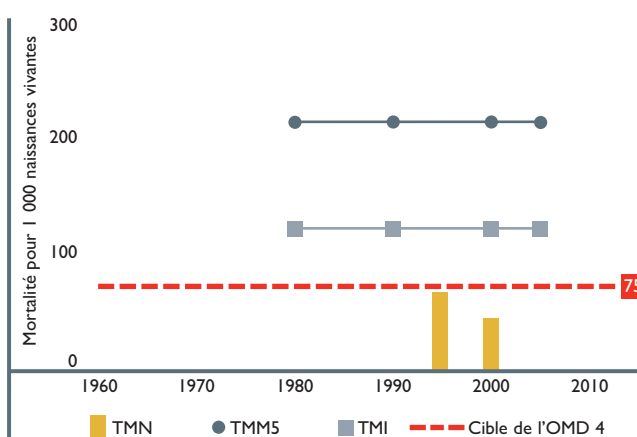
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



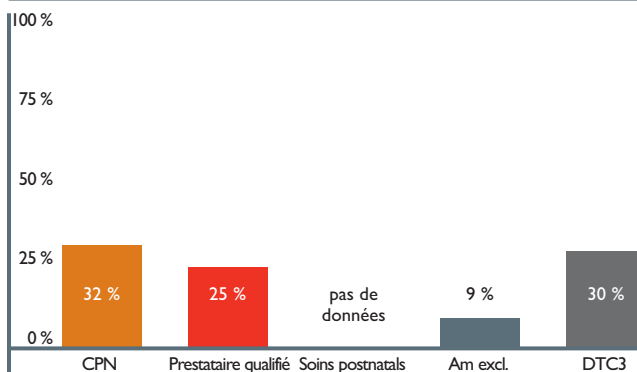
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 13 000
Fourchette de réduction dans le TMN	42-71 %

## FINANCEMENT

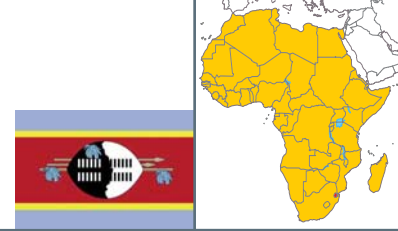
Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 130
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	-
Dépenses publiques pour la santé	-
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	-
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITE DES SOINS





# Swaziland



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	1 034 000
Naissances annuelles	30 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	370
Décès maternels annuels	100

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	22
Nombre annuel de mort-nés	700
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	38
Décès néonataux annuels	1 100
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

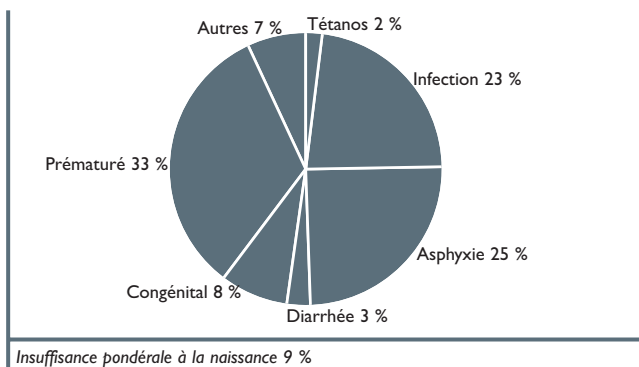
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	156
Décès des moins de 5 ans annuels	4 700
Décès postnatals annuels	3 600
TMN en tant que pourcentage du TMM5	24 %

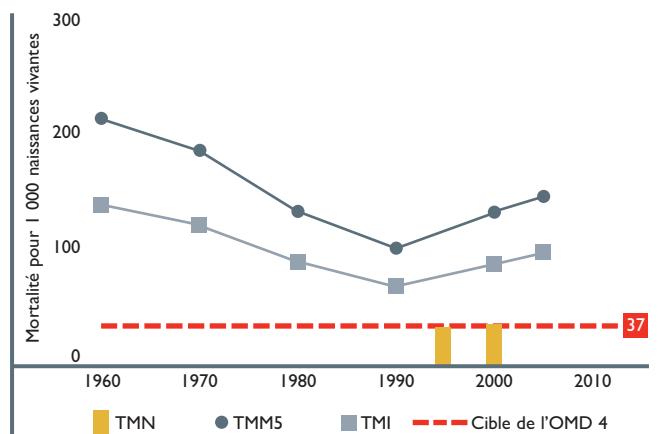
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	-
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	53 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	5
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	50 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



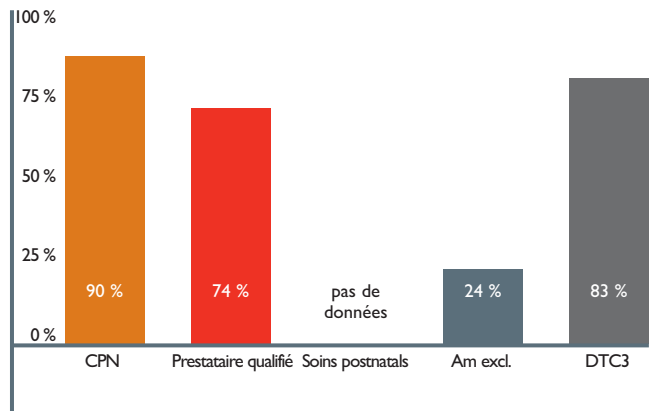
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 600
Fourchette de réduction dans le TMN	26-56 %

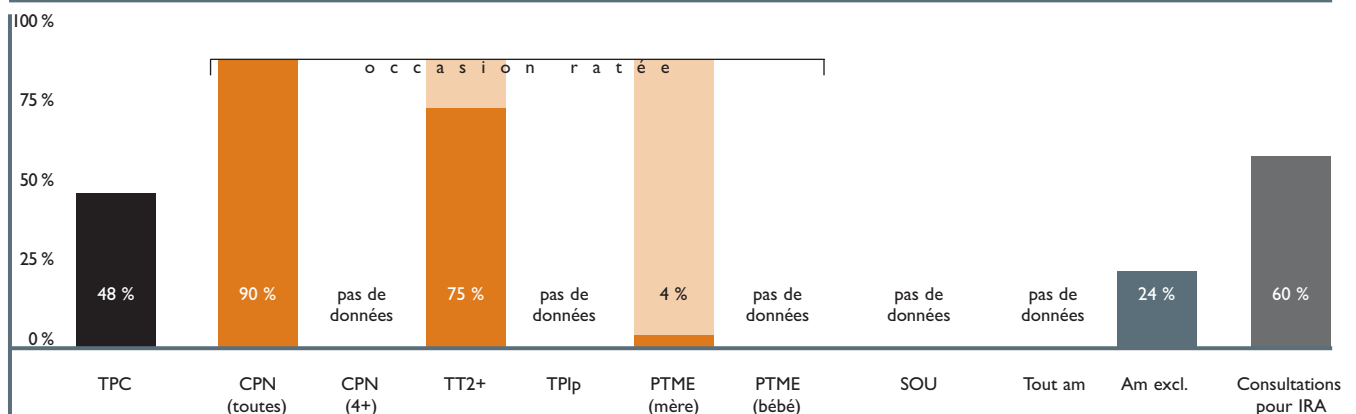
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 1 660
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 61
Dépenses publiques pour la santé	11 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	18 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Oui
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	Non

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

# Tanzanie



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	37 627 000
Naissances annuelles	1 403 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	578
Décès maternels annuels	8 100

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	29
Nombre annuel de mort-nés	42 500
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	32
Décès néonataux annuels	44 900
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	6 %

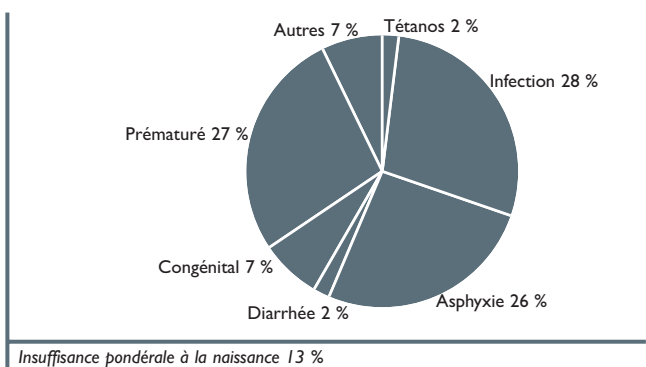
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	112
Décès des moins de 5 ans annuels	157 100
Décès postnatals annuels	112 200
TMN en tant que pourcentage du TMM5	29 %

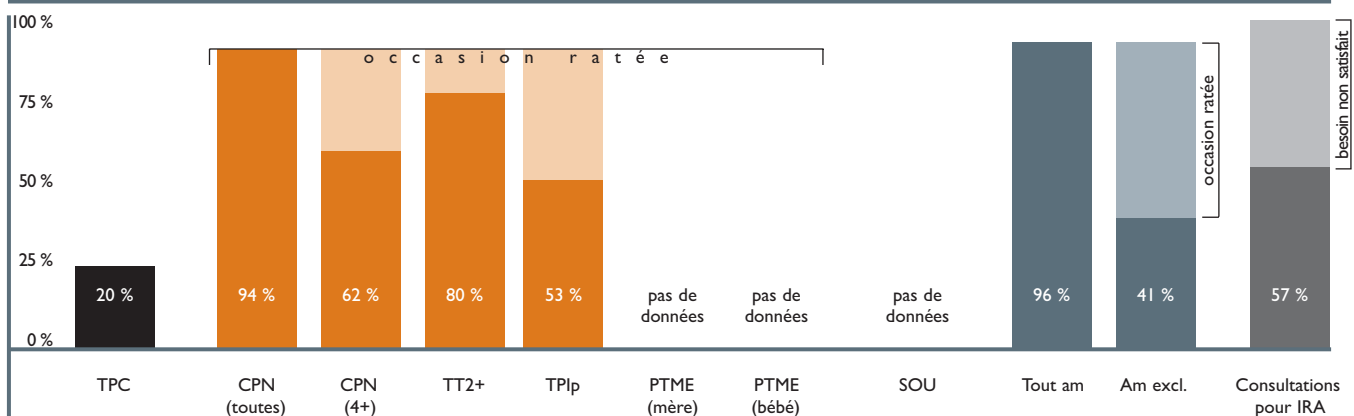
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	4, en cours
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	6 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	47
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	90 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

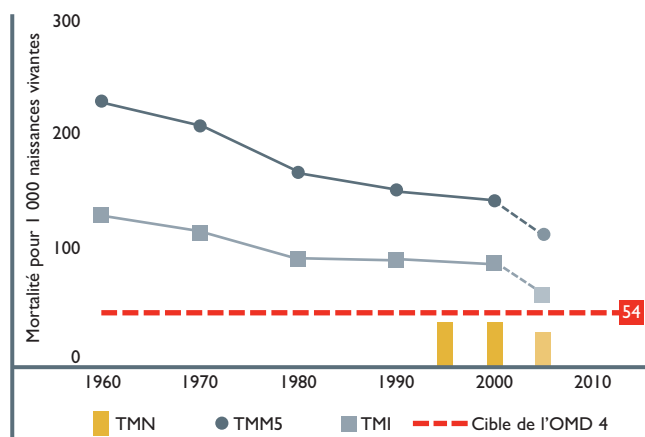
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



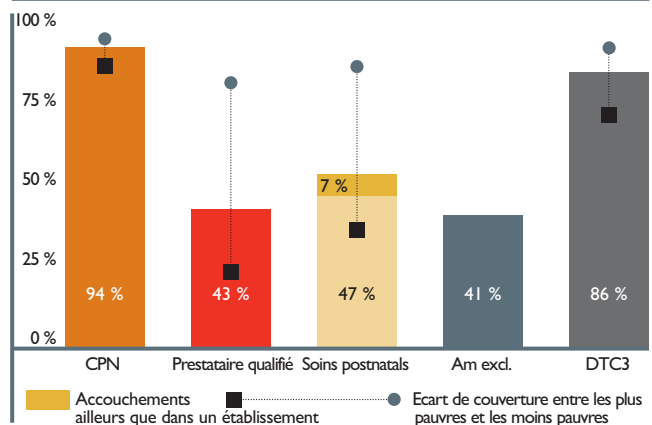
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 29 000
Fourchette de réduction dans le TMN	33-64 %

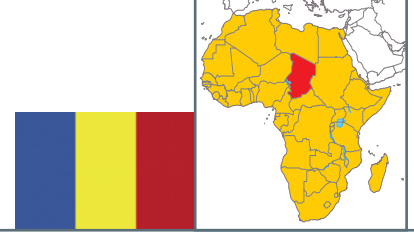
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 330
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 7
Dépenses publiques pour la santé	13 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	36 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Oui
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Tchad



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	9 448 000
Naissances annuelles	456 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 099
Décès maternels annuels	5 000

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	34
Nombre annuel de mort-nés	15 900
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	39
Décès néonataux annuels	17 800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	57 %

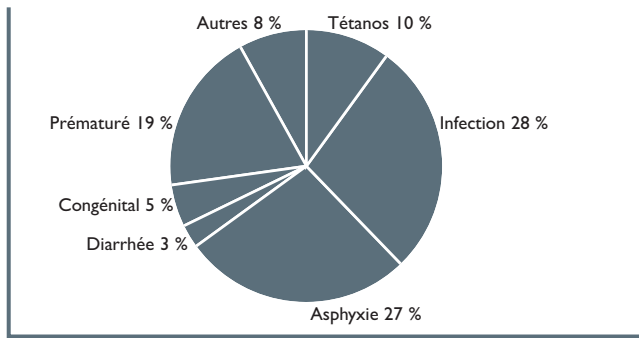
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	191
Décès des moins de 5 ans annuels	87 100
Décès postnatals annuels	69 300
TMN en tant que pourcentage du TMM5	20 %

## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

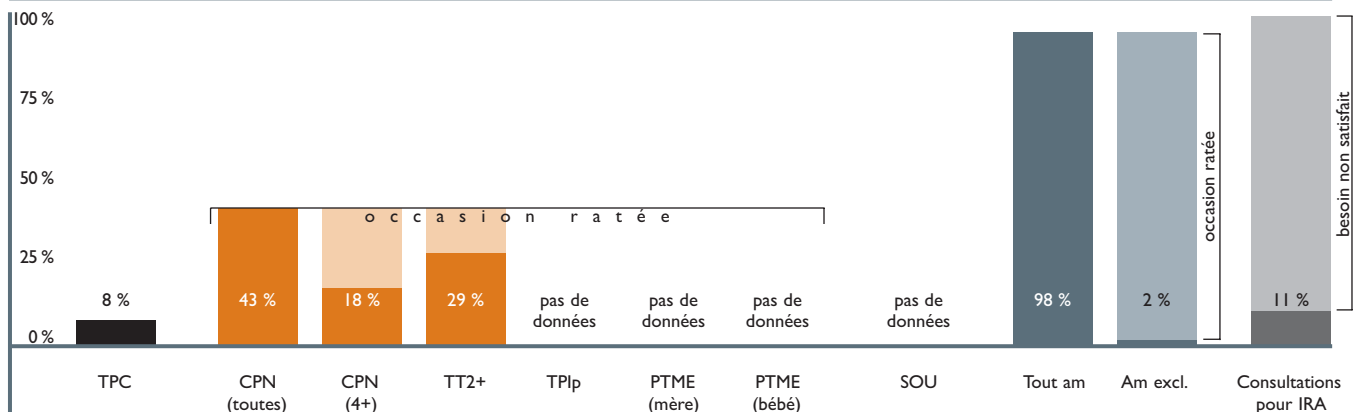
Etape (sur 10) de la Feuille de Route	2
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	25 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	2
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,01
Districts avec PCIME	6 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATAUX



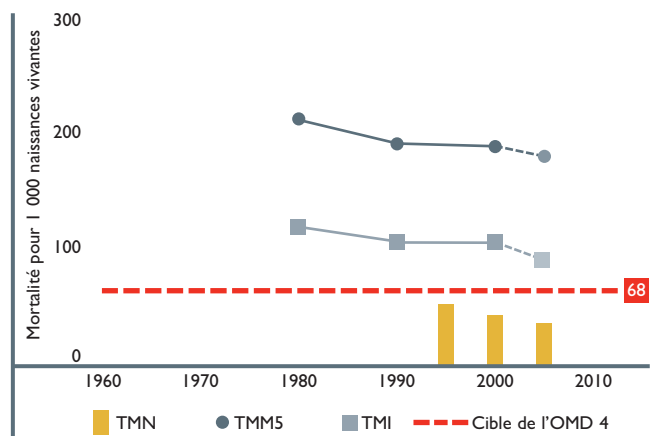
Insuffisance pondérale à la naissance 10 %

## OCCASIONS RATES



Voir page 226 pour les sources et notes de données. Pour ce pays, le TMM, le TMM5, le TMI et le TMN les plus récents proviennent de données non ajustées de l'EDS.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



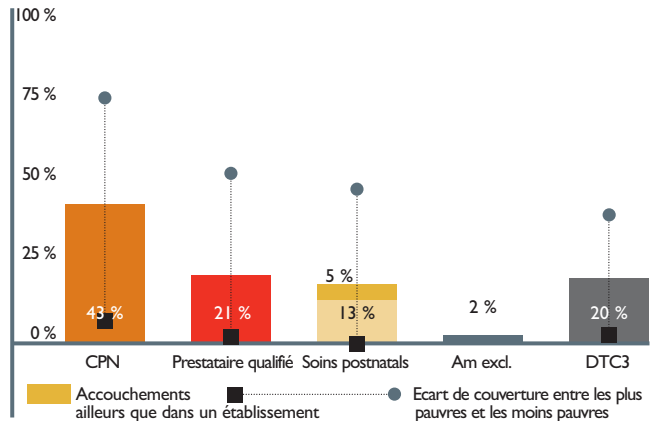
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 13 800
Fourchette de réduction dans le TMN	45-73 %

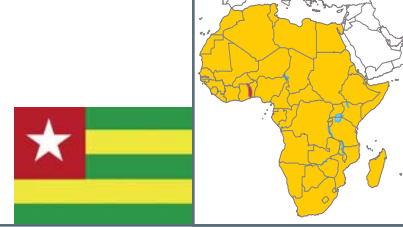
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 260
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 7
Dépenses publiques pour la santé	11 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	58 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Togo



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	5 988 000
Naissances annuelles	233 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	570
Décès maternels annuels	1 300

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	26
Nombre annuel de mort-nés	6 200
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	42
Décès néonataux annuels	9 800
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

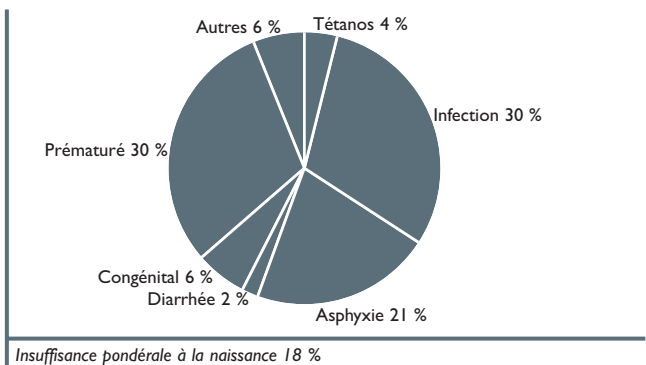
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	140
Décès des moins de 5 ans annuels	32 600
Décès postnatals annuels	22 800
TMN en tant que pourcentage du TMM5	30 %

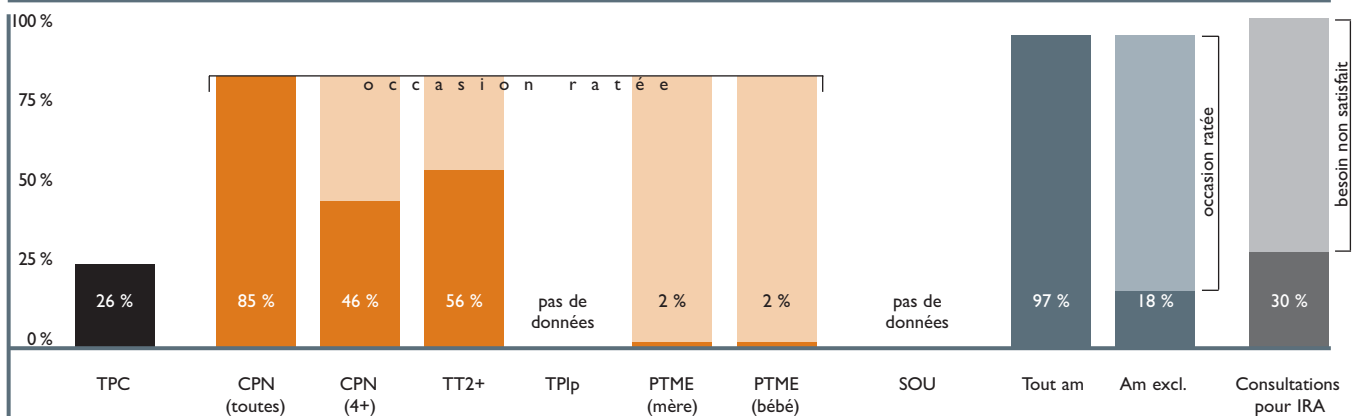
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	5
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	82 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	20
Sages-femmes pour 1 000 personnes	<0,01
Districts avec PCIME	80 %
Elimination du tétanos néonatal	Oui

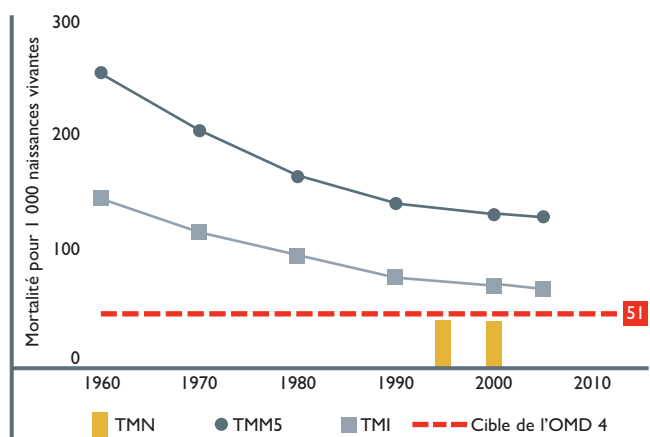
## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## OCCASIONS RATEES



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



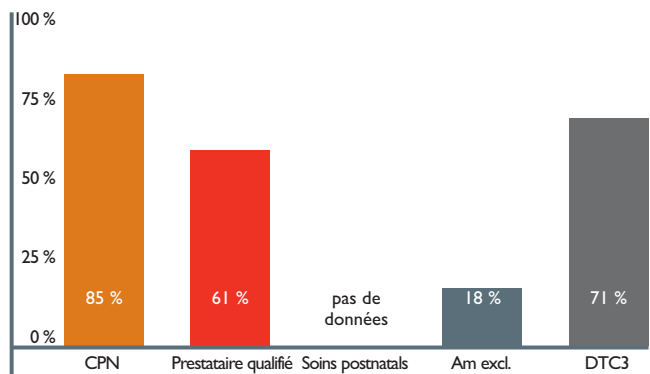
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 6 300
Fourchette de réduction dans le TMN	35-66 %

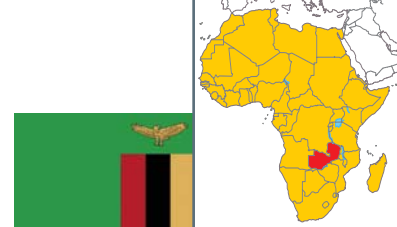
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 380
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 4
Dépenses publiques pour la santé	9 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	66 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Non
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	Non

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



# Zambie



V

## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	11 479 000
Naissances annuelles	468 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	750
Décès maternels annuels	3 500

### BEBES

Taux de mortalité néonatale pour 1 000 accouchements	31
Nombre annuel de mort-nés	14 800
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	37
Décès néonataux annuels	17 300
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	63 %

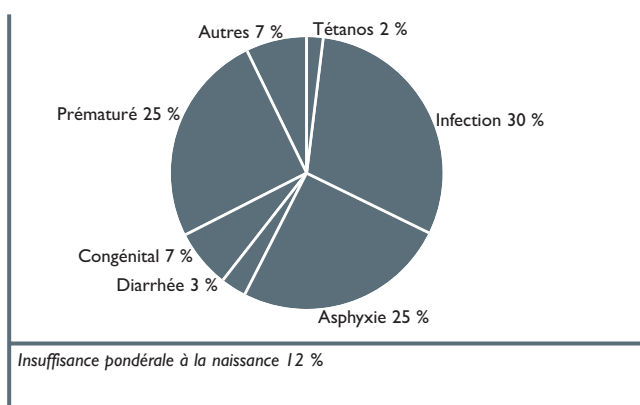
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	182
Décès des moins de 5 ans annuels	85 200
Décès postnatals annuels	67 900
TMN en tant que pourcentage du TMM5	20 %

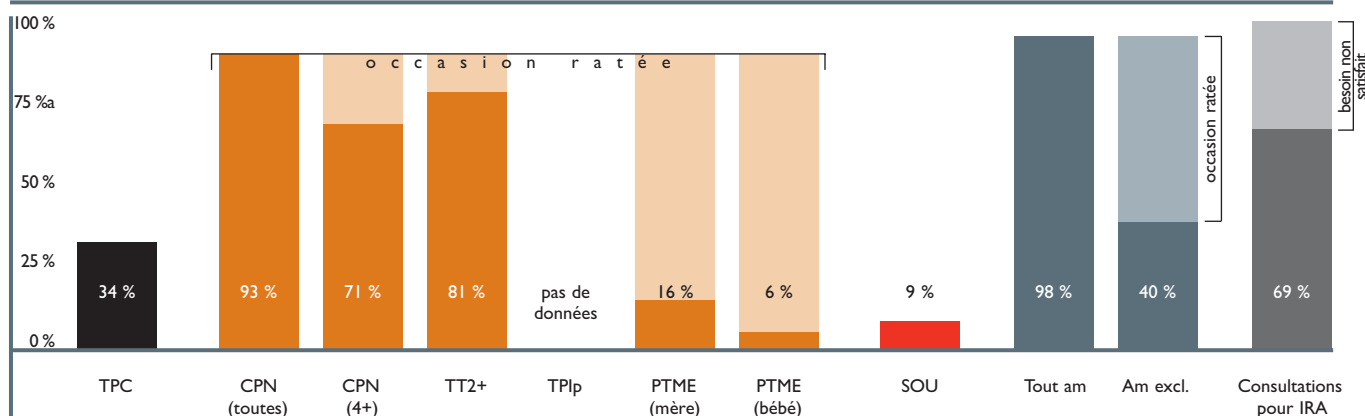
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Etape (sur 10) de la Feuille de Route	6
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	10 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	47
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,27
Districts avec PCIME	53 %
Elimination du tétanos néonatal	Non

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS

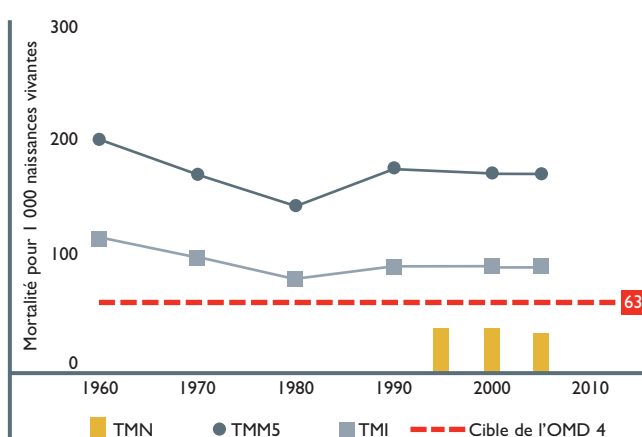


## OCCASIONS RATES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



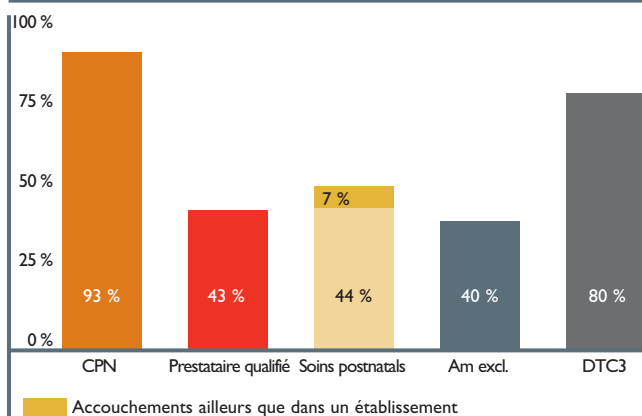
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 11 400
Fourchette de réduction dans le TMN	34-63 %

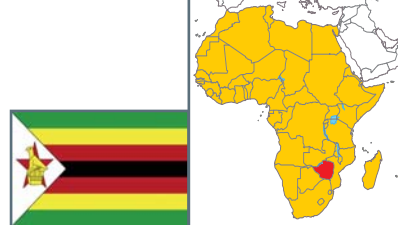
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 450
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 11
Dépenses publiques pour la santé	12 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	33 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Oui
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUTE DES SOINS



# Zimbabwe



## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	12 936 000
Naissances annuelles	384 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 100
Décès maternels annuels	4 200

### BEBES

Taux de mortalité pour 1 000 accouchements	22
Nombre annuel de mort-nés	8 700
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	33
Décès néonataux annuels	12 600
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	-

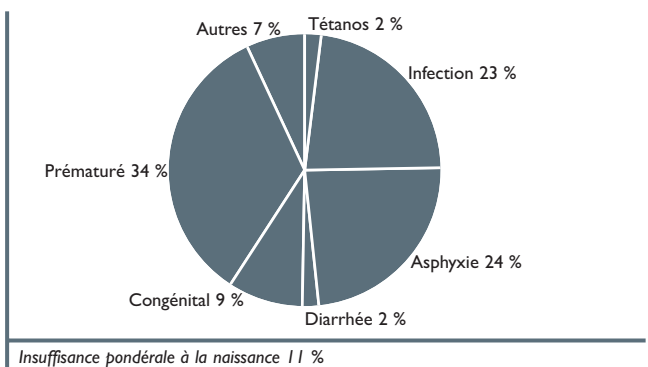
### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	129
Décès des moins de 5 ans annuels	49 500
Décès postnatals annuels	36 900
TMN en tant que pourcentage du TMM5	25 %

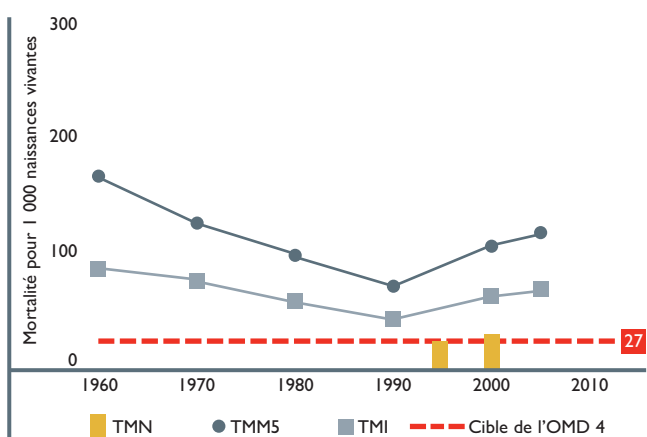
## POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Stage (of 10) of Road	6
Equipe nationale spéciale pour la SMNI	Oui
Naissances inscrites à l'Etat civil	42 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	38
Sages-femmes pour 1 000 personnes	-
Districts avec PCIME	21 %
Elimination du tétanos néonatal	Oui

## CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS



## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



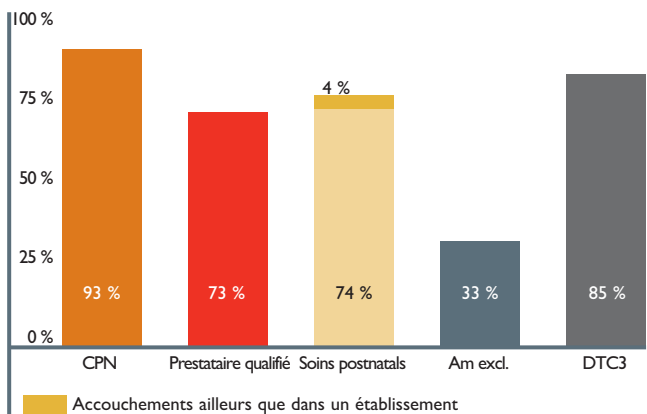
## AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 6 000
Fourchette de réduction dans le TMN	21-48 %

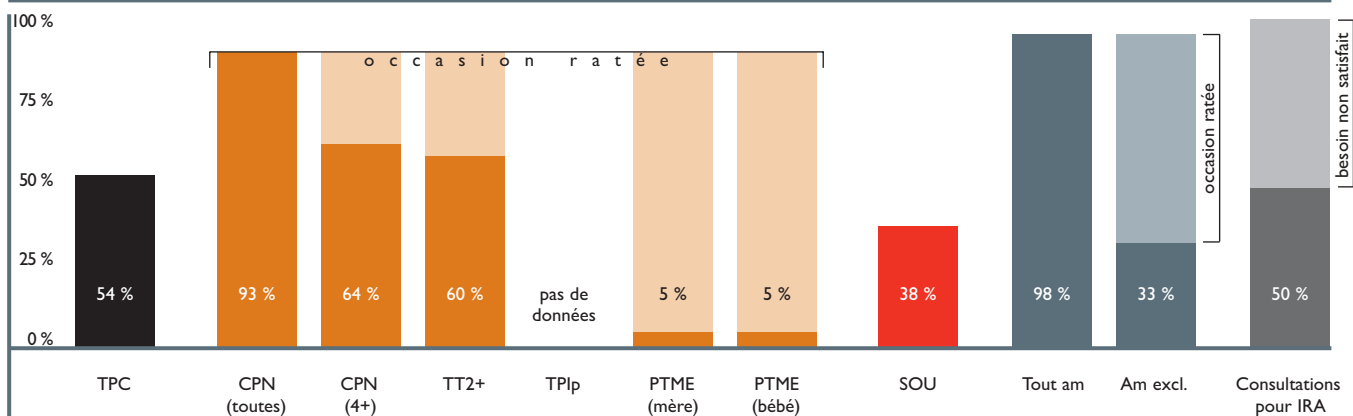
## FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (\$US)	\$ 480
Dépenses publiques pour la santé, par habitant (\$US)	\$ 14
Dépenses publiques pour la santé	9 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	36 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Partiel
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	Non

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS



## OCCASIONS RATEES



Voir notes à la page 226 pour de plus amples détails sur les données.

**TABLEAU I. Suivi de l'argent et des politiques**

Pays	RNB par habitant (\$US)	Dépenses publiques pour la santé (%)	Dépenses propres <sup>†</sup> en tant que % des dépenses sanitaires totales	Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	Etape de la Feuille de Route (sur 10)	% de naissances inscrites à l'Etat civil	Nb d'hôpitaux amis-des-bébés	Nb de sages-femmes pour 1 000 personnes	% districts avec PCIME
Année	2004	2002	2003	2005-2006	2006	1998-2004	2002	1994-2004	2005
Angola	1 030	5	16	Non	4	29	3	0,04	2
Bénin	530	10	51	Partiel	4	70	23	-	26
Botswana	4 340	8	12	Oui	4	58	7	-	46
Burkina Faso	360	13	52	Oui	2	-	6	0,13	5
Burundi	90	2	77	Non	8	75	1	-	-
Cameroun	800	8	70	Non	5	79	1	-	6
Cap-Vert	1 770	11	27	-	0	-	1	-	-
République centrafricaine	310	12	59	-	5	73	4	0,13	-
Tchad	260	11	58	-	2	25	2	0,01	6
Les comores	530	6	46	-	7	83	19	-	-
Congo	770	4	36	-	3	-	-	-	-
Congo, RD	120	5	82	-	5	34	2	-	4
Côte d'Ivoire	770	8	66	-	4	72	85	-	5
Guinée équatoriale	-	7	26	-	4	32	-	0,08	22
Erythrée	180	4	55	-	4	-	46	-	36
Ethiopie	110	10	33	-	4	-	-	0,01	19
Gabon	3 940	13	33	-	1	89	2	-	8
Gambie	290	14	40	Oui	6	32	-	0,11	100
Ghana	380	5	68	-	3	21	19	-	30
Guinée	460	5	83	-	8	67	3	0,01	6
Guinée-Bissau	160	7	43	-	-	42	-	0,02	4
Kenya	460	7	51	Partiel	5	48	232	-	22
Lesotho	740	10	4	-	7	51	7	-	60
Liberia	110	18	43	-	0	-	2	0,12	-
Madagascar	300	9	34	Oui	6	75	53	-	79
Malawi	170	9	28	Partiel	8	-	7	-	64
Mali	360	9	38	-	10	48	12	0,04	14
Mauritanie	420	14	23	-	1	55	1	-	4
Ile maurice	4 640	9	39	-	0	-	6	0,04	-
Mozambique	250	11	15	Oui	1	-	-	0,12	21
Namibie	2 370	12	6	-	4	71	35	-	16
Niger	230	12	42	-	4	46	20	<0,01	40
Nigeria	390	3	68	Partiel	4	30	1 147	-	1
Rwanda	220	7	24	-	4	65	2	0,01	13
São Tomé e Príncipe	370	11	16	-	0	70	-	0,32	29
Sénégal	670	9	55	-	7	62	-	-	40
Seychelles	8 090	10	17	-	1	-	-	-	-
Sierra Leone	200	8	42	-	0	46	4	-	33
Somalie	130	-	-	-	0	-	2	-	-
Afrique du Sud	3 630	10	36	Oui	0	-	176	-	93
Swaziland	1 660	11	18	Oui	0	53	5	-	50
Tanzanie	330	13	36	Oui	4	6	47	-	90
Togo	380	7,8	66	Non	5	82	20	<0,01	80
Ouganda	270	11	37	Oui	1	4	11	0,12	100
Zambie	450	12	33	Oui	6	10	47	0,27	53
Zimbabwe	480	14	36	Partiel	6	42	38	-	21
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>611</b>	<b>9</b>	<b>40</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>38</b>	<b>2 038</b>	<b>0,04</b>	<b>-</b>

† = Dépenses propres. Voir page 226 pour les sources et notes de données

**TABLEAU 2. Suivi de la couverture**

Pays	Soins avant la grossesse		Soins prénatals						
	Alphabétisation des femmes	Taux de prévalence de la contraception (%)	CPN	CPN 4+	TT2+	PAN	TPIp	PTME (mère)	PTME (bébé)
1. Angola	54	6	66	-	72	75	-	-	-
2. Bénin	23	19	81	61	72	69	-	-	-
3. Botswana	82	48	97	97	55	-	-	509	39
4. Burkina Faso	8	14	73	27	40	65	<1	3	3
5. Burundi	52	16	78	-	41	45	-	2	2
6. Cameroun	60	26	83	60	53	60	<1	11	1
7. Cap-Vert	68	53	99	99	72	-	-	-	-
8. République centrafricaine	33	28	62	39	17	42	-	1	1
9. Tchad	13	8	43	18	29	40	-	-	-
10. Les comores	49	26	74	53	-	46	-	-	-
11. Congo●	77	27	88	75	46	65	3	3	4
12. Congo, RD	52	31	68	-	48	58	-	1	1
13. Côte d'Ivoire	38	15	88	35	41	75	-	-	-
14. Guinée équatoriale	76	-	86	37	33	40	-	-	-
15. Erythrée	-	8	70	41	60	62	-	1	1
16. Ethiopie	34	8	28	2	28	45	<1	1	1
17. Gabon	-	33	94	63	30	45	-	-	-
18. Gambie	-	18	91	-	95	-	-	-	-
19. Ghana	46	25	92	69	51	70	1	1	1
20. Guinée	-	7	82	49	66	77	3	1	-
21. Guinée-Bissau	-	8	62	62	38	56	-	-	-
22. Kenya	70	39	88	69	66	70	15	20	17
23. Lesotho	90	30	90	70	60	-	-	4	1
24. Liberia	39	10	85	-	24	35	-	-	-
25. Madagascar	65	27	80	21	40	55	-	-	-
26. Malawi●	54	31	92	56	66	70	73	3	1
27. Mali●	12	8	70	30	54	50	-	1	1
28. Mauritanie	43	8	64	16	36	33	<1	-	-
29. Ile maurice	81	76	99	-	73	-	-	-	-
30. Mozambique	31	17	85	53	57	60	-	3	3
31. Namibie	83	444	91	69	63	67	-	10	7
32. Niger●	9	5	46	15	23	43	1	-	-
33. Nigeria	59	13	58	47	40	51	1	-	-
34. Rwanda●	59	10	94	13	22	76	31	21	12
35. São Tomé e Príncipe	-	29	91	-	97	-	-	3	3
36. Sénégal	29	11	88	40	66	85	9	-	-
37. Seychelles	92	-	-	-	100	-	-	-	-
38. Sierra Leone	21	4	68	68	62	76	-	-	-
39. Somalie	-	1	32	32	49	60	-	-	-
40. Afrique du Sud	81	56	94	72	85	61	-	22	-
41. Swaziland	78	48	90	-	75	-	-	4	-
42. Tanzanie	62	20	94	62	80	90	53	-	-
43. Togo	38	26	85	46	56	61	-	2	2
44. Ouganda●	59	47	94	47	76	-	34	12	7
45. Zambie	60	34	93	71	81	83	-	16	7
46. Zimbabwe	86	54	93	64	60	70	-	5	5
<b>47. Afrique subsaharienne</b>	<b>52</b>	<b>23</b>	<b>69</b>	<b>54</b>	<b>-</b>	<b>59</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

● Indique les changements effectués depuis la version anglaise de manière à ajouter les données les plus récentes. La moyenne de l'Afrique subsaharienne n'a pas été modifiée.





Pays	Soins à l'accouchement			Soins postnatals	Nutrition et allaitement				PCIME/vaccination	
	Prestataire qualifié	Soins obstétricaux d'urgence	Accouchement dans un établissement	Soins postnatals dans les 2 jours pour les accouchements à domicile*	Tout allaitement	AM immédiat (dans l'heure qui suit)	AME < 6 mois	% de nourrissons avec insuffisance pondérale à la naissance	Pourcentage de cas d'IRA présentés à un prestataire de soins	DTC3
1.	45	-	16	-	-	-	11	12	58	59
2.	66	23	77	12	97	49	38	16	35	83
3.	94	-	66	-	-	-	34	10	14	97
4.	57	-	39	12	98	33	19	10	33	57
5.	25	-	20	-	-	-	62	16	40	74
6.	62	-	59	29	94	32	24	11	40	65
7.	89	-	-	-	-	-	57	13	-	75
8.	44	-	50	-	-	-	17	14	32	40
9.	21	-	13	5+	98	34	2	10	11	20
10.	62	-	-	-	97	28	21	25	49	76
11.	88	-	84	-	94	39	19	-	44	68
12.	61	-	50	-	-	-	24	12	36	64
13.	68	-	48	-	94	28	5	17	38	50
14.	65	-	5	-	-	-	24	13	-	33
15.	28	-	26	2	98	78	52	21	44	83
16.	5	-	6	3	95	52	49	15	19	32
17.	86	-	85	2	86	71	6	14	48	38
18.	55	-	40	-	-	-	26	17	75	92
19.	47	-	46	25	97	46	53	16	44	80
20.	38	-	31	13	96	40	27	16	35	51
21.	35	-	50	-	-	-	37	22	64	80
22.	42	14	40	10	97	52	13	10	49	73
23.	55	31	52	23	95	63	36	14	54	83
24.	51	-	20	-	-	-	35	-	70	31
25.	51	-	32	32	98	62	67	17	39	61
26.	56	19	57	21	98	70	53	16	27	82
27.	49	-	38	10	97	32	37	23	36	68
28.	57	-	49	5+	94	61	20	-	41	70
29.	98	-	-	-	-	-	21	14	-	98
30.	48	-	48	12	98	65	30	15	51	72
31.	76	18	75	-	95	81	19	14	53	81
32.	33	-	17	12	98	48	14	13	47	39
33.	36	-	33	23	97	32	17	14	31	21
34.	39	-	30	4	97	41	88	9	27	87
35.	76	-	-	-	-	-	56	20	47	99
36.	58	-	62	28	96	23	34	18	41	78
37.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
38.	42	-	20	-	-	-	4	23	50	61
39.	25	-	2	-	-	-	9	-	-	30
40.	84	-	85	-	87	45	7	15	75	93
41.	74	-	56	-	-	-	24	9	60	83
42.	43	-	47	13	96	59	41	13	57	86
43.	61	-	49	-	97	19	18	18	30	71
44.	42	24	42	11	98	42	60	12	73	64
45.	43	9	44	12	98	51	40	12	69	80
46.	73	38	74	14	98	63	33	11	50	85
47.	42	33	37	13	95	44	30	14	41	65

# Change des profils de pays car cela concerne le dernier accouchement à domicile et pas toutes les naissances. Voir page 230.

\* Soins postnatals dans les 7 jours.

**TABLEAU 3. Suivi de la survie**

Pays	Population totale	Naissances annuelles	TMM pour 100 000 naissances vivantes	Nombre annuel de décès maternels	Taux de mortalité pour 1000 accouchements	Nombre annuel de mort-nés
Année	2004	2004	2004	2004	2000	2000
1. Angola	15 490 000	749 000	1 700	12 700	33	25 200
2. Bénin	8 177 000	341 000	850	2 900	30	10 400
3. Botswana	1 769 000	46 000	100	<100	19	900
4. Burkina Faso	12 822 000	601 000	1 000	6 000	26	16 000
5. Burundi	7 282 000	330 000	1 000	3 300	34	11 600
6. Cameroun	16 038 000	562 000	730	4 100	27	15 600
7. Cap-Vert	495 000	15 000	150	<100	16	200
8. République centrafricaine	3 986 000	149 000	1 100	1 600	29	4 400
9. Tchad	9 448 000	456 000	1 099*	5 000	34	15 900
10. Les comores	777 000	28 000	480	100	26	700
11. Congo●	3 883 000	172 000	781	1 300	28	4 900
12. Congo, RD	55 853 000	2 788 000	990	27 600	34	98 000
13. Côte d'Ivoire	17 872 000	661 000	690	4 600	34	23 200
14. Guinée équatoriale	492 000	21 000	880	200	26	600
15. Erythrée	4 232 000	166 000	630	1 000	27	4 600
16. Ethiopie	75 600 000	3 064 000	850	26 000	36	114 600
17. Gabon	1 362 000	42 000	420	200	19	800
18. Gambie	1 478 000	52 000	540	300	27	1 500
19. Ghana	21 664 000	679 000	540	3 700	24	16 300
20. Guinée	9 202 000	383 000	980*	3 700	28	11 200
21. Guinée-Bissau	1 540 000	77 000	1 100	800	35	2 800
22. Kenya	33 467 000	1 322 000	1 000	13 200	45	61 400
23. Lesotho	1 798 000	50 000	550	300	23	1 200
24. Liberia	3 241 000	164 000	760	1 200	32	5 400
25. Madagascar	18 113 000	704 000	550	3 900	29	20 800
26. Malawi●	12 608 000	550 000	984*	5 400	39	22 200
27. Mali●	11 987 400	599 400	582	3 500	24	14 400
28. Mauritanie	2 980 000	123 000	1 000	1 200	30	3 800
29. Ile maurice	1 233 000	20 000	24	<100	11	200
30. Mozambique	19 424 000	769 000	1 000	7 700	32	25 200
31. Namibie	2 009 000	56 000	300	200	19	1 100
32. Niger●	13 499 000	734 000	648	4 800	38	29 200
33. Nigeria	128 709 000	5 323 000	800	42 600	30	163 400
34. Rwanda●	8 882 000	365 000	750	2 700	30	11 200
35. São Tomé e Príncipe	153 000	5 000	-	-	25	100
36. Sénégal	11 386 000	419 000	401*	1 700	27	11 500
37. Seychelles	80 000	3 000	-	-	10	<100
38. Sierra Leone	5 336 000	245 000	2 000	4 900	37	9 300
39. Somalie	7 964 000	359 000	1 100	3 900	45	16 800
40. Afrique du Sud	47 208 000	1 093 000	230	2 500	18	19 500
41. Swaziland	1 034 000	30 000	370	100	22	700
42. Tanzanie	37 627 000	1 403 000	578*	8 100	29	42 500
43. Togo	5 988 000	233 000	570	1 300	26	6 200
44. Ouganda●	27 821 000	1 412 000	435	6 100	31	45 100
45. Zambie	11 479 000	468 000	750	3 500	31	14 800
46. Zimbabwe	12 936 000	384 000	1 100	4 200	22	8 700
<b>47. Afrique subsaharienne</b>	<b>697 561 000</b>	<b>28 263 000</b>	<b>940^</b>	<b>247 300</b>	<b>32</b>	<b>890 000</b>

\* Indique les changements effectués depuis la version anglaise de manière à ajouter les données les plus récentes. La moyenne de l'Afrique subsaharienne n'a pas été modifiée.



Pays	TMN pour 1 000 naissances vivantes	Décès néonataux annuels	Classement de mortalité néonatale	TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	U5MR per 1 000 live births	Décès des moins de 5 ans annuels	TMN en tant que % du TMM5	Cible de l'OMD 4
	2000-2005	2000-2005		1998-2005	2004-2005	2004		2015
1.	54	40 100	42	-	260	194 700	21	87
2.	41	14 100	30	43	152	51 800	27	62
3.	40	1 800	28	-	116	5 300	34	19
4.	31	18 600	11	11	192	115 400	16	70
5.	41	14 600	29	-	190	62 700	22	63
6.	29	16 300	8	55	149	83 700	19	46
7.	10	200	2	-	36	500	28	20
8.	48	7 200	39	150	193	28 800	25	60
9.	39	17 800	23	57	191*	87 100	20	68
10.	29	800	9	-	70	2 000	41	37
11.	33	5 700	13	-	117	20 100	28	37
12.	47	130 900	37	-	205	571 500	23	68
13.	65	42 800	45	53	194	128 200	33	52
14.	40	800	26	-	204	4 300	20	53
15.	24	4 000	5	33	82	13 600	29	49
16.	39	119 500	24	30	123*	376 900	32	68
17.	31	1 300	10	20	91	3 800	34	31
18.	46	2 400	36	-	122	6 300	38	51
19.	43	29 200	32	-	112	75 400	39	42
20.	39	15 000	25	58	163*	62 400	24	80
21.	48	3 700	40	-	203	15 600	24	84
22.	33	43 600	17	46	120	158 600	28	32
23.	46	2 300	35	104	113*	5 700	41	40
24.	66	10 800	46	-	235	38 500	28	78
25.	32	22 500	14	127	123	86 600	26	56
26.	31	17 000	7	24	118*	64 900	26	80
27.	46	27 600	44	34	191*	114 500	24	83
28.	40	4 900	27	-	125	15 100	33	44
29.	12	200	3	-	15	300	78	8
30.	37	28 500	19	103	152	116 900	24	78
31.	25	1 400	6	-	63	3 500	40	28
32.	33	24 200	33	48	198*	145 300	17	107
33.	48	255 500	38	157	197	1 048 600	24	76
34.	37	13 500	34	55	152	55 500	24	59
35.	38	200	22	-	118	600	32	39
36.	35	14 700	18	104	121*	50 700	29	49
37.	9	<100	1	-	14	<100	62	7
38.	56	13 800	43	-	283	69 300	20	101
39.	49	17 800	41	-	225	80 800	22	75
40.	21	23 000	4	-	67	73 200	31	20
41.	38	1 100	21	-	156	4 700	24	37
42.	32	44 900	15	6	112*	157 100	29	54
43.	42	9 800	31	-	140	32 600	30	51
44.	29	41 000	12	-	137	193 400	21	53
45.	37	17 300	20	63	182	85 200	20	63
46.	33	12 600	16	-	129	49 500	25	27
47.	41	1 155 800		63	164	4 636 900	25	62

\* Données non ajustées de l'enquête démographique et de santé (EDS) la plus récente. Voir page 226 pour les sources et notes de données.

# Définitions, sources et analyses utilisées dans cette publication

## Note générale concernant les données

Les partenaires qui ont contribué à cette publication ont travaillé ensemble pour réunir les données les plus récentes et de la meilleure qualité qui sont disponibles auprès d'un certain nombre de sources. Ils ont cherché, dans la mesure du possible, à concorder avec les données et estimations des sources des Nations Unies et ont noté les données provenant d'autres sources. Les données sont prises notamment auprès des enquêtes telles que les enquêtes sur grappes à multiples indicateurs (EGMI) et les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et, dans de nombreux cas, elles reflètent une moyenne sur les cinq ans précédents. La qualité des données risque d'être inférieure dans les pays qui ont souffert de catastrophes naturelles ou d'instabilité politique.

## Données utilisées dans cette publication

### Taux de mortalité néonatale

*Les données sur le taux de mortalité néonatale (TMN) utilisées dans ce livre proviennent des sources suivantes :*

- Les estimations du TMN de l'OMS, par pays, pour l'année 2000<sup>1</sup> ont été utilisées sauf pour les pays avec des données de l'EDS publiées depuis 2001. Pour les 19 pays avec une EDS, le TMN indiqué dans l'EDS a été utilisé directement, sans régression ou ajustement de séries chronologiques.
- Les estimations de 2000/OMS<sup>1</sup> proviennent des sources suivantes :
  - o Données d'Etat civil pour les pays avec couverture élevée (supérieure à 90 %), situation qui s'applique à un seul pays en Afrique subsaharienne, Ile Maurice.
  - o Données d'enquête, dont l'EDS est la plus courante puisque l'EGMI n'utilise pas actuellement le TMN.
  - o Pour les pays sans registre d'Etat civil ou données d'enquête, on a estimé le TMN en utilisant un modèle mis au point par le département d'Information et de Politiques de l'OMS. Les estimations proviennent du taux de mortalité des moins de cinq ans avec une variable binaire pour la prévalence du VIH et d'autres variables qui prédisent le risque de décès pendant la période néonatale.
- Les nombres de décès néonataux dans chaque pays sont calculés en utilisant le nombre annuel de naissances dans chaque pays multiplié par le TMN. La présente publication utilise les estimations de naissance publiées dans *La situation des enfants dans le monde 2006*,<sup>2</sup> en fonction des évaluations démographiques préparées par la Division de la Population des Nations Unies.

**Limitations :** Les décès néonataux sont moins susceptibles d'être enregistrés si le bébé meurt pendant les premières heures ou les premiers jours après la naissance<sup>3</sup> ou s'il est très petit.<sup>4</sup> Il peut également y avoir classification erronée entre les mort-nés et les décès néonataux précoces. La mortalité néonatale est probablement sous-estimée dans l'EDS.<sup>5</sup> Plusieurs évaluations en Asie du Sud examinant la performance des enquêtes rétrospectives comparée à la surveillance prospective de la grossesse indiquent que les

enquêtes rétrospectives risquent de sous-estimer les décès néonataux.<sup>6</sup> La notification du moment du décès est probablement sujette à des irrégularités dans l'enregistrement des décès pendant les 24 premières heures qui peuvent être codés jour 0 ou jour 1 et en « entassant » à d'autres jours (7, 14, 21 et 30).

### Causes des décès néonataux

**Données générales :** Seul un pays en Afrique subsaharienne a une couverture complète d'Etat civil et des données fiables et récentes sur les causes des décès néonataux. Pour les autres pays, on utilise souvent les données provenant des établissements de santé, bien qu'elles puissent induire en erreur car la proportion de décès imputables à l'asphyxie à la naissance tend à être plus élevée (puisque ce sont les naissances compliquées qui viennent à l'hôpital). La proportion des infections tend à être plus faible et le tétanos néonatal est souvent une cause ratée puisque ces décès surviennent plus tard surtout à domicile. La présente publication utilise des estimations mises au point par le Groupe de Référence sur l'Epidémiologie de la Santé infantile (CHERG)<sup>7</sup> en association avec l'OMS.<sup>8</sup> Ces estimations nationales ont été approuvées, aux fins d'utilisation, par l'OMS et c'est la première fois qu'elles sont publiées, bien que des estimations sous-régionales soient publiées dans le *Rapport sur la Santé dans le Monde de 2005*.<sup>9</sup> Les estimations sur les causes du décès publiées ici ont été mises à jour pour 46 pays africains et elles utilisent, dans les équations, les dernières données pour le TMN et autres facteurs prédictifs, surtout pour le tétanos. Les décès estimés imputables au tétanos ont été réduits suite à la couverture vaccinale plus élargie contre le tétanos et des méthodes améliorées mises au point par l'OMS qui confèrent une protection contre le tétanos à la naissance.

**Sources :** L'exercice d'estimations<sup>7</sup> a utilisé deux sources de données sur les causes des décès néonataux : les registres d'Etat civil pour les pays avec couverture élevée (supérieure à 90 %), les études trouvées par des recherches systématiques de littérature et les ensembles de données d'études inédites. Les données mondiales d'études et de systèmes d'Etat civil ont été incluses et classées dans sept catégories (septicémie/ pneumonie, tétanos, diarrhée, asphyxie, naissance prématurée, congénital et « autre »). Une régression par polynôme a été utilisée pour modéliser la proportion de décès imputables à chaque cause. Un modèle basé sur des études a été appliqué pour obtenir les estimations pour la plupart des pays africains. Les estimations d'incertitude ont été dérivées en utilisant l'approche en zigzag.

**Limitations :** L'imputation de chaque décès à une seule cause est artificielle lorsque de multiples causes agissent ensemble et les méthodes appliquées par différents codeurs d'affectation de causes coexistantes ne sont pas toujours claires. Pour qu'elle soit utile sous l'angle programme, la notification des causes de décès devrait être liée à la prévention ou à la prise en charge - par exemple, si un enfant modérément prématuré meurt d'infection, alors c'est l'infection qui est la principale cause qu'il faut traiter. Par ailleurs, chez un enfant très prématuré, la prise en charge de l'infection à elle seule ne permettra probablement pas d'éviter son décès. La quantité et la qualité limitées des données à l'entrée confèrent une incertitude inhérente. Deux approches

différentes ont été utilisées pour estimer le nombre des décès dus au tétanos néonatal (modèle néonatal de toute cause du CHERG et modèle Vaccins et Produits biologiques de l'OMS fondés sur les taux de mortalité liée au tétanos néonatal). Ces méthodes nous donnent des résultats légèrement différents, mais avec des fourchettes d'incertitude qui se chevauchent. Les deux ensembles d'estimations concordent pour les pays qui ont réussi à éliminer le tétanos néonatal.

#### Estimation de vies sauvées

Pour estimer le nombre de vies qui pourraient être sauvées dans chaque pays, la présente publication fait une analyse pour 46 pays africains en fonction des méthodes mises au point par la série de survie néonatale de *The Lancet*, avec les données suivantes :

- Décès néonataux par cause des estimations à jour CHERG/OMS utilisées tout au long de la publication en fonction des données les plus récentes.<sup>7</sup>
- Couverture actuelle des interventions ou enveloppes et augmentation, dans la couverture, pour passer des niveaux actuels à la couverture visée (90 %)
- Estimations de l'efficacité des interventions en fonction de la gamme d'impact des interventions sur une mortalité par cause.<sup>10</sup> Cela suppose qu'on utilise une gamme des estimations de l'effet provenant de méta-analyses (par exemple, les examens Cochrane) et de la littérature.<sup>11</sup> Par ailleurs, dans le cas des soins qualifiés à la naissance et pour les soins obstétricaux d'urgence, la taille de l'impact était insuffisante et on a dû consulter des experts de l'OMS, de l'UNICEF et des chercheurs universitaires. Une intervention peut affecter plusieurs causes de décès et les décès dus à une cause spécifique peuvent être évités par plusieurs interventions et, par conséquent, on a utilisé les estimations de l'impact des interventions sur des causes spécifiques de décès pour arriver aux estimations de l'impact. Peu d'études indiquent des effets spécifiques aux causes et, par conséquent, on a dû consulter des experts pour déterminer les effets par cause. A quelques exceptions près, on ne disposait pas de données empiriques sur l'efficacité des interventions dans le contexte des systèmes de santé et, par conséquent, une série d'estimations sur l'efficacité a été déterminée en prenant le point le plus faible, le médian et le point le plus élevé de la gamme estimée de l'effet de chaque intervention sur chaque cause de décès.

Le nombre de décès imputables à une cause donnée et évités par l'intervention a ensuite été soustrait du nombre actuel de décès avant de calculer l'impact de l'intervention suivante, afin que chaque décès ne puisse être évité qu'une fois, soit par prévention, soit par traitement.

#### Estimation du coût des interventions

Les estimations des coûts se fondent sur les dépenses de fonctionnement et font le détail des coûts de l'établissement, des frais du personnel, de la supervision, des médicaments et de toutes les fournitures nécessaires pour apporter l'intervention au groupe cible au niveau de la couverture de 90 %, telle que décrite dans les calculs de coûts de la série de survie néonatale<sup>10,12,13</sup> et de la série de survie de l'enfant<sup>14</sup> de *The Lancet*. Le calcul fait la différence entre la couverture actuelle et la réalisation de la couverture de 90 % et ajoute les coûts pour chaque intervention et pour chaque pays. Les coûts unitaires de la prestation de services ont été pris dans le modèle CHOICE de l'OMS. Les

coûts unitaires augmentent alors que s'étend la couverture pour refléter l'accroissement du coût marginal de la prestation de services à des populations difficiles à atteindre. Les estimations des coûts des soins cliniques comprennent le coût de l'amortissement des immeubles, mais les estimations ne comprennent pas le coût de la construction de nouveaux établissements de santé ou de nouvelles écoles de sages-femmes ou d'autres infrastructures telles que les routes.

#### Autres données

Les nombres de décès et la plupart des données sur la couverture proviennent de *La situation des enfants dans le monde 2006*<sup>2</sup> de l'UNICEF, mis à jour avec les données des EDS les plus récentes. Les analyses des données de l'EDS concernant le moment du décès, les soins qualifiés à la naissance, le statut socioéconomique et le genre s'inspirent des ensembles de données téléchargeables de l'EDS. Les données sur le suivi financier proviennent du *Rapport sur la santé dans le monde 2006* de l'Organisation mondiale de la Santé.<sup>15</sup> D'autres données indiquées dans les profils de pays et les tableaux récapitulatifs sont expliquées ci-après.

### Profils de pays et tableaux récapitulatifs - définitions et sources

Les profils de pays d'une page mettent en exergue les indicateurs sanitaires maternels, néonataux et infantiles pour 46 pays africains, ainsi qu'un profil récapitulatif pour l'Afrique subsaharienne dans son ensemble. On insiste particulièrement sur la santé néonatale, point focal de cette publication, ainsi que sur les occasions ratées des programmes existants. Les inégalités le long de la continuité des soins sont également mises en relief. Les indicateurs ont été choisis en fonction d'engagements existants aux objectifs et au suivi, tels que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et le Compte à rebours 2015 pour la survie de l'enfant.<sup>16</sup> Ces profils concordent avec les profils du Compte à rebours sans toutefois les reproduire exactement puisque ces derniers comprennent plus de détails sur les enfants plus âgés. Les profils suivants ont été mis à jour depuis l'édition anglaise de ce livre de manière à ajouter les données récemment publiées : Congo, Malawi, Mali, Niger, Ouganda et Rwanda.

Les limitations et les définitions incluses dans la carte des profils de pays n'impliquent pas le statut légal des pays, territoires, villes ou régions ni leurs pouvoirs. Elles ne concernent pas non plus la délimitation de leurs frontières ou limites.

### NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

**Population totale et naissances annuelles :** Basées sur les évaluations démographiques préparées par la Division de la Population des Nations Unies, telles que présentées dans *La situation des enfants dans le monde 2006*.<sup>2</sup>

**Taux de mortalité maternelle (TMM) pour 100 000 naissances vivantes et nombre annuel de décès :** Nombre annuel de décès de femmes provenant de causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes, évalué par l'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA et ajusté pour tenir compte des problèmes bien connus de sous-notification et de classification erronée. A partir des estimations 2000 OMS/UNICEF, telles que présentées dans *La situation des enfants dans le monde 2006*.<sup>2</sup> Lorsqu'une EDS récente inclut la mortalité maternelle, nous avons utilisé cette estimation et elle n'a pas été ajustée. La définition que donne l'EDS d'un décès maternel

## NAISSANCES, DECES ET INEGALITES

Population totale	13 124 000
Naissances annuelles	647 000

### MERES

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	1 200
Décès maternels annuels	7 800

### BEBES

Taux de mortinatalité pour 1 000 accouchements	24
Nombre annuel de mort-nés	15 900
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	57
Décès néonataux annuels	36 900
TMN excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres	34 %

### ENFANTS

Taux de mortalité des moins de 5 ans per 1 000 live births	219
Décès des moins de 5 ans annuels	141 700
Décès postnatals annuels	104 800
TMN en tant que pourcentage du TMM5	26 %

est un décès qui est survenu pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou l'interruption de grossesse. Les pays où une EDS récente a indiqué le TMM sont les suivants : Tchad, Ethiopie, Guinée, Lesotho, Malawi, Sénégal et Tanzanie. Pour une méthodologie plus détaillée concernant les calculs du TMM, voir **Lectures supplémentaires** à la fin de cette section.

**Taux de mortinatalité pour 1 000 accouchements et nombre annuel de mort-nés** : Bébés mort-nés pendant le dernier trimestre de la grossesse pour 1 000 naissances totales. Les estimations concernent l'année 2000<sup>1</sup> en fonction de modélisation utilisant les statistiques d'Etat civil, l'EDS et des données d'études.<sup>17</sup>

**Taux de mortalité néonatale (TMN) pour 1 000 naissances vivantes et nombre annuel de décès** : Probabilité de mourir pendant les quatre premières semaines de la vie, exprimée pour 1 000 naissances vivantes. Les estimations de l'OMS pour l'année 2001 sont utilisées sauf pour 19 pays où une EDS a été publiée depuis 2001. Voir **Taux de mortalité néonatale** à la page 226 pour de plus amples détails sur les sources et limitations des estimations du TMN utilisées dans le présent ouvrage.

**Taux de mortalité néonatale (TMN) excédentaire moyen pour les plus pauvres contre les moins pauvres** : Les rapports finals de l'EDS comprennent un indice sur le statut économique provenant de questions sur les biens et les caractéristiques du ménage.<sup>18</sup> Les quintiles de population identifiés à partir de l'indice sont utilisés pour évaluer l'écart dans le TMN entre le premier quintile (le plus pauvre) et le cinquième (le moins pauvre), exprimé en tant que pourcentage du TMN dans le plus pauvre comparé au moins pauvre. Les pays avec des données de l'EDS qui comprennent moins de 100 décès néonataux ont été exclus de l'analyse. Une analyse séparée a été appliquée pour l'EDS avant 2003 qui n'incluait pas l'indice économique dans le rapport final.

**Taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) pour 1 000 naissances vivantes et nombre annuel de décès** : Probabilité de mourir entre la naissance et exactement l'âge de cinq ans, exprimée pour 1 000 naissances vivantes. UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2006.<sup>2</sup> Lorsqu'une EDS a été communiquée l'année dernière, ces données ont été utilisées : Tchad, Ethiopie, Guinée, Lesotho, Malawi, Sénégal et Tanzanie.

**Nombre annuel de décès postnatals et taux de mortalité néonatale (TMN) en tant que pourcentage du taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5)** : Calculé à partir du TMN et du TMM5 ci-dessus.

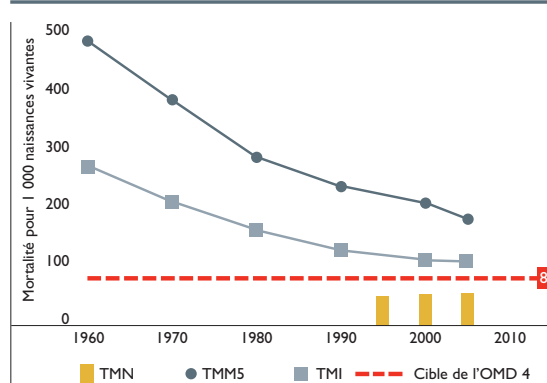
## TAUX DE PROGRES

**Taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) et taux de mortalité infantile (TMI) 1960 - à nos jours** : La situation des enfants dans le monde 2006,<sup>2</sup> www.childinfo.org et données EDS récentes et non ajustées pour les pays suivants : Tchad, Guinée, Ethiopie, Lesotho, Malawi, Sénégal et Tanzanie, démarqués par une ligne en pointillés.

**Taux de mortalité néonatale (TMN) 1995 - à nos jours** : Estimations de l'OMS pour 20001 et EDS réalisée depuis 2001. Voir les **Taux de mortalité néonatale** à la page 226 pour de plus amples détails.

**Cible de l'Objectif 4 du Millénaire pour le Développement (OMD)** : Cible par pays pour atteindre l'OMD4 : réduire des deux tiers d'ici 2015 le taux de mortalité des moins de cinq ans de 1990. Du *Projet du Millénaire des Nations Unies 2005*.

## TAUX DE PROGRES VERS L'OMD 4



## VIES DE NOUVEAU-NES SAUVEES

Concerne le nombre et la fourchette du pourcentage de décès néonataux qui pourraient être sauvés avec une couverture de 90 % de toutes les enveloppes essentielles. Voir **Estimation des vies sauvées** à la page 227 pour de plus amples détails.

### AVEC UNE COUVERTURE DE 90 % DE TOUTES LES ENVELOPPES ESSENTIELLES

Nombre de vies de nouveau-nés sauvées	jusqu'à 796 000
Fourchette de réduction dans le TMN	41-72 %



### FINANCEMENT

Revenu national brut, par habitant (US\$)	360 \$
Dépenses publiques moyennes pour la santé, par habitant (US\$)	9 \$
Dépenses publiques moyennes pour la santé, en tant que % des dépenses publiques totales	9 %
Dépenses propres à la charge du patient pour la santé	38 %
Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants	-
Rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés	-

### FINANCEMENT

**Revenu national brut, par habitant (\$US) :** Revenu national brut divisé par la population à mi-année, converti en dollars US en utilisant la méthode Atlas de la Banque mondiale, tel que présenté dans *La situation des enfants dans le monde 2006*.<sup>2</sup> Les estimations sont pour 2004.

**Dépenses publiques moyennes pour la santé, par habitant (\$US) :** Dépenses publiques générales pour la santé en termes par habitant exprimées en dollars US au taux de change moyen (moyenne annuelle observée ou nombre d'unités de fin d'année lorsqu'une devise est échangée dans le système bancaire. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006*.<sup>15</sup> Les estimations sont mises à jour et les chiffres revus se rapportent à 1999-2003.

**Dépenses publiques moyennes pour la santé (%) :** Les dépenses publiques générales pour la santé sont estimées comme étant la somme de dépenses encourues des entités gouvernementales pour acheter les services et produits de soins de santé. Elles sont exprimées comme étant le pourcentage des dépenses publiques totales pour l'année. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006*.<sup>15</sup> Les estimations sont mises à jour et les chiffres revus se rapportent à 1999-2003.

**Dépenses propres à la charge du patient pour la santé (%) :** Les dépenses à la charge du patient utilisées pour acheter directement des soins de santé exprimées en tant que pourcentage des dépenses totales de soins de santé. Les dépenses totales pour les soins de santé sont la somme des dépenses publiques générales pour la santé (appelées généralement dépenses publiques pour la santé) et des dépenses privées pour la santé. Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006*.<sup>15</sup> Les estimations sont mises à jour et les chiffres revus se rapportent à 1999-2003.

**Protection contre les paiements pour les femmes et les enfants et rubrique du budget national accordé aux nouveau-nés :** Communication personnelle avec des individus dans chaque pays facilitée par les bureaux Afrique de l'UNICEF et par d'autres bureaux de pays de l'UNICEF de février à mai 2006.

### POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Pays démarrant la Feuille de Route	3
Pays avec équipe nationale spéciale pour la SMNI	Non
Naissances inscrites à l'Etat civil	48 %
Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés	12
Sages-femmes pour 1 000 personnes	0,04
Pays avec des districts pilotes de PCIME	14 %
Pays avec élimination du tétanos néonatal	Non

### POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

**Pays démarrant la Feuille de Route et mise en place d'une équipe pour la SMNI :** Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS, 2006, avec données de l'UNFPA d'octobre 2006.

**Pourcentage de naissances inscrites à l'Etat civil :** Concerne le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui étaient enregistrés au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants dont le certificat de naissances a été vu par l'enquêteur ou dont la mère ou autre personne a indiqué que la naissance avait été enregistrée. EDS, EGMI et d'autres enquêtes nationales, telles que présentées dans *La situation des enfants dans le monde 2006*.<sup>2</sup> Concerne les données les plus récentes de 1998-2004.

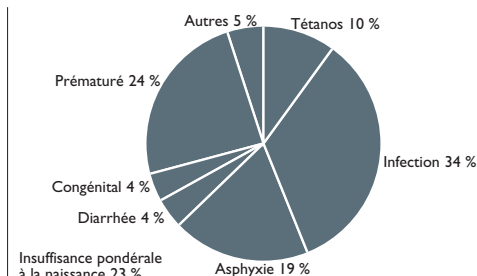
**Nombre d'hôpitaux amis-des-bébés :** Services de maternité qui ont passé l'évaluation externe en fonction des Critères mondiaux pour l'Initiative Hôpitaux Amis-des-Bébés. UNICEF, *Current status of Baby Friendly Hospital Initiative*, mars 2002. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>

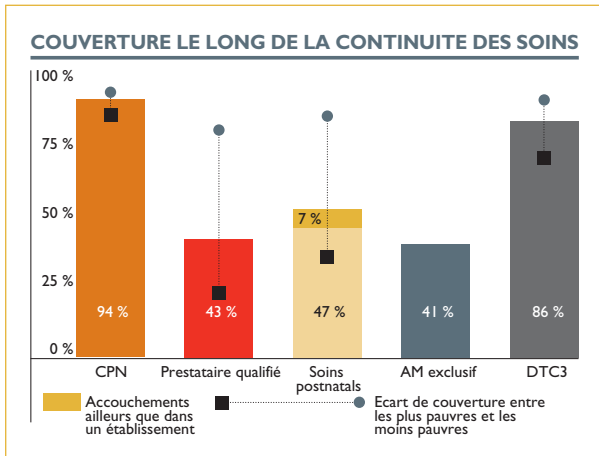
**Nombre de sages-femmes pour 1 000 personnes :** Sages-femmes auxiliaires et sages-femmes d'Etat, certains pays ne distinguent pas clairement entre infirmières et sages-femmes. Du *Rapport sur la santé dans le monde 2006*.<sup>15</sup>

**Pourcentage de districts avec PCIME :** Pourcentage de districts qui ont démarré une formation en PCIME. Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS, août 2005.

**Elimination du tétanos néonatal :** Réduction des cas de tétanos néonatal à moins d'un cas pour 1 000 naissances vivantes dans chaque district de chaque pays.<sup>19,20</sup>

### CAUSES ESTIMEES DES DECES NEONATALS





## CAUSES ESTIMÉES DES DÉCÈS NEONATALS

**Causes des décès néonataux :** Proportion de décès néonataux imputables aux sept groupes de causes de décès. Voir **Causes des décès néonataux** à la page 226 pour de plus amples détails.

**Insuffisance pondérale à la naissance :** Bébés qui pèsent moins de 2 500 grammes. EDS, EGMI et d'autres enquêtes nationales auprès des ménages et données de systèmes de notification routiniers, tels que présentés dans *La situation des enfants dans le monde 2006*.<sup>3</sup> Concerne les données les plus récentes de 1998-2004.

## COUVERTURE LE LONG DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

Dans cette publication, la couverture est définie comme la proportion de personnes qui ont besoin d'une intervention et qui la reçoivent effectivement, mesurée au niveau de la population. Ce graphique indique la couverture en enveloppes essentielles de santé maternelle et néonatale (soins prénatals, soins qualifiés et soins postnatals), un comportement clé pour la SMNI (allaitement maternel exclusif) et une intervention de santé infantile (trois doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, ou DTC3). L'écart de couverture entre les plus pauvres et les plus riches est indiqué lorsqu'il est disponible pour les consultations prénatales (CPN), les prestataires qualifiés, les soins postnatals et le DTC3. Les données proviennent essentiellement de l'EDS, l'EGMI, d'autres enquêtes nationales auprès des ménages et des estimations de l'OMS et de l'UNICEF, telles que présentées dans *La situation des enfants dans le monde 2006* et l'EDS la plus récente.

**CPN (consultation prénatale) :** Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse de la part d'un personnel qualifié (médecins, infirmiers ou sages-femmes). EDS, EGMI, OMS et UNICEF, tels que présentés dans *La situation des enfants dans le monde 2006* et l'EDS la plus récente.

**Prestataire qualifié :** Pourcentage de naissances assistées par un personnel sanitaire qualifié (médecins, infirmiers ou sages-femmes). EDS, EGMI, OMS et UNICEF, tels que présentés dans *La situation des enfants dans le monde 2006* et l'EDS la plus récente.

**Soins postnatals :** Proportion de femmes dont le dernier accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé (l'EDS suppose que toutes les femmes qui accouchent dans un établissement de santé reçoivent des soins postnatals) ou qui ont reçu un bilan postnatal dans les deux jours après leur dernier accouchement, appliqué à tous les accouchements. L'EDS la plus récente 1998-2005.

**AM excl. (allaitement maternel exclusif) :** Pourcentage d'enfants de moins de 6 mois allaités exclusivement, lorsque l'enfant ne reçoit que du lait maternel ou du lait maternel extrait, sans recevoir aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou de sirops de vitamines, suppléments minéraux ou médicaments. EDS, EGMI et UNICEF, tels que présentés dans *La situation des enfants dans le monde 2006* et l'EDS la plus récente.

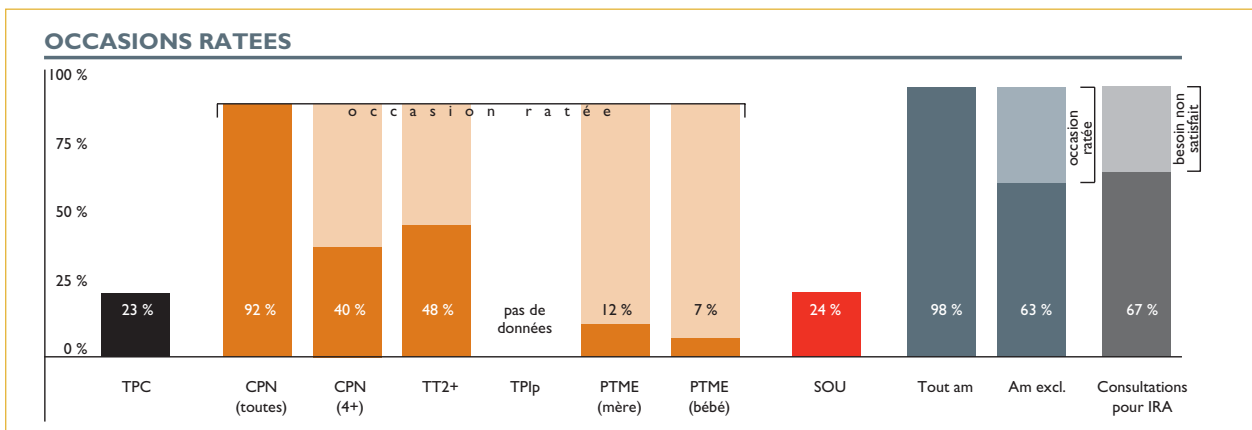
**DTC3 :** Pourcentage d'enfant d'un an qui ont reçu trois doses du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. De *La situation des enfants dans le monde 2006* et l'EDS la plus récente.

**Couverture pour les plus pauvres/les moins pauvres :** EDS récente qui utilise un indice économique provenant de questions sur les biens et les caractéristiques des ménages.<sup>18</sup> Des quintiles de population, identifiés à partir de cet indice, sont utilisés pour évaluer la couverture en CPN, prestataire qualifié, soins postnatals et DTC3 dans le premier quintile (le plus pauvre) et le cinquième (le moins pauvre), exprimés en tant que pourcentage.

## OCCASIONS RATEES

Décrivent l'écart dans la couverture entre la possibilité de fournir une intervention lors d'une consultation et la prestation effective de cette intervention.

**TPC (taux de prévalence de la contraception) :** Pourcentage de femmes actuellement mariées ou en union âgées de 15 à 49 ans qui utilisent actuellement une méthode moderne de contraception. *La situation des enfants dans le monde 2006*.<sup>2</sup>







**CPN (consultation prénatale)** : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse de la part d'un personnel qualifié (médecins, infirmiers ou sages-femmes). EDS, EGMI, OMS et UNICEF, tels que présentés dans *La situation des enfants dans le monde 2006*<sup>2</sup> et l'EDS la plus récente.

**CPN4+** : Quatre consultations prénatals ou plus auprès d'un prestataire qualifié. Du *Rapport sur la santé dans le monde 2005*<sup>9</sup> et de l'EDS la plus récente.

**TT2+** : Femmes enceintes vaccinées avec deux doses de vaccin antitétanique ou plus. Du *Rapport sur la santé dans le monde 2005*<sup>9</sup> et de l'EDS la plus récente.

**TPIp (traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse)** : Proportion de femmes qui ont pris deux doses ou plus de sulphadoxine pyriméthamine (SP)/Fansidar pendant le second et le troisième trimestre de la grossesse, pour leur dernière grossesse aboutissant à une naissance vivante. Il faut noter qu'il est difficile d'obtenir une information sur les médicaments et certaines répondantes ne savent pas ou ne se rappellent pas le nom ou même le type de médicament qu'elles ont reçu. EDS la plus récente 2003-2005.

**PTME** : Pourcentage de toutes les femmes enceintes séropositives à VIH et leurs bébés qui ont reçu une prophylaxie antirétrovirale. Données inédites, UNICEF New York, 2006.

**SOU (soins obstétricaux d'urgence)** : Pourcentage de complications obstétricales prévues qui sont traitées dans des services obstétricaux d'urgence (ou dans tous les établissements à un niveau supérieur en mesure de dispenser des SOU). En fonction d'évaluations nationales et d'évaluations des NU sur les services et besoins en soins obstétricaux d'urgence, 2004-2006.

**Tout allaitement maternel** : Pourcentage d'enfants qui ont déjà été allaités. De l'EDS la plus récente 1998-2005.

**AM excl. (allaitement maternel exclusif)** : Pourcentage d'enfants de moins de 6 mois allaités exclusivement, lorsque l'enfant ne reçoit que du lait maternel ou du lait maternel extrait, sans recevoir aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou de sirops de vitamines, suppléments minéraux ou médicaments. EDS, EGMI et UNICEF, tels que présentés dans *La situation des enfants dans le monde 2006*<sup>2</sup> et l'EDS la plus récente.

**Consultations pour IRA** : Pourcentage d'enfants (0-4 ans) souffrant d'IRA pendant les deux dernières semaines et emmenés en consultation auprès d'un prestataire qualifié. Tel que présenté dans *La situation des enfants dans le monde 2006*<sup>2</sup> et l'EDS la plus récente.

### Indicateurs supplémentaires mentionnés dans les tableaux récapitulatifs

**Naissances institutionnelles** : Pourcentage de naissances vivantes ces cinq dernières années qui ont eu lieu dans un établissement sanitaire public ou privé. EDS la plus récente 1998-2005.

**Alphabétisation des femmes** : Pourcentage de femmes âgées de 15 ans et plus qui savent lire et écrire. Données de l'Institut des Statistiques de l'UNESCO, telles que présentées dans *La situation des enfants dans le monde 2006*<sup>2</sup>.

**PAN (Protégé à la naissance contre le tétanos)** : Pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos, reflétant le pourcentage de mères protégées contre le tétanos à l'accouche-

ment grâce à la vaccination. Cela peut inclure des doses protectrices de vaccin antitétanique reçues pendant les campagnes ou lors de grossesses précédentes. Données de l'UNICEF et de l'OMS, telles que présentées dans *La situation des enfants dans le monde 2006*<sup>2</sup>.

**Allaitement maternel immédiat** : Pourcentage d'enfants nés cinq ans avant l'enquête, ceux qui ont survécu et ceux qui sont morts, et qui ont reçu du lait maternel dans l'heure ou dans la journée qui a suivi leur naissance. EDS la plus récente 1998-2005.

### Lectures supplémentaires

- La situation des enfants dans le monde 2006<sup>2</sup> de l'UNICEF
- Rapport sur la santé dans le monde 2005<sup>9</sup> et 2006<sup>15</sup> de l'OMS
- Estimations de la mortalité néonatale<sup>1</sup> et de la mortalité<sup>17</sup>
- Méthodologie et estimations sur les causes des décès néonataux<sup>7,9,22</sup>
- Estimations de la mortalité maternelle<sup>23,24</sup> et limitations<sup>25</sup>
- Estimation du coût et de l'impact
  - Impact et coût à partir de la série de survie néonatale<sup>10,12</sup>
  - Coût à partir de la série de survie infantile, Bellagio<sup>14</sup>
  - Augmenter les ressources pour sauver la vie du nouveau-né<sup>13</sup>
- Indice économique EDS<sup>18</sup>
- Le guide statistique de l'EDS et plus d'information sur les données de l'EDS à [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

# Liste de référence

## Section I - Les nouveau-nés africains - Accordons-leur de l'importance

- <sup>(1)</sup> MacFarlane A, Johnson A, Mugford M. *Epidemiology*. eds, Rennie J, Robertson N, editors. *Textbook of Neonatology*. 3-33. 1999. Cambridge, Churchill Livingstone 3rd ed.
- <sup>(2)</sup> UNICEF. *State of the World's Children 2006*. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- <sup>(3)</sup> Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- <sup>(4)</sup> Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365:1189-1197.
- <sup>(5)</sup> Bang AT, Reddy MH, Deshmukh MD. Child Mortality in Maharashtra. 2002. *Economic and Political Weekly* 2002; 37(49):4947-4965.
- <sup>(6)</sup> WHO. Neonatal and perinatal mortality: regional, country and global estimates. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(7)</sup> Baiden F, Hodgson A, Adjuiik M, Adongo P, Ayaga B, Binka F. Trend and causes of neonatal mortality in the Kassena-Nankana district of northern Ghana, 1995-2002. *Trop Med Int Health* 2006; 11(4):532-539.
- <sup>(8)</sup> Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 54(1):1-10.
- <sup>(9)</sup> Lawn JE, Shibuya K, Stein C. No cry: Global estimates of intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths. *Bull World Health Organ* 2005; 83(6):409-417.
- <sup>(10)</sup> Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006; 367:1487-1494.
- <sup>(11)</sup> Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006; 35(3):706-718.
- <sup>(12)</sup> Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; 365:1147-1152.
- <sup>(13)</sup> WHO. *World Health Report 2005: make every mother and child count*. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(14)</sup> Yasmin S, Osrin D, Paul E, Costello A. Neonatal mortality of low-birth-weight infants in Bangladesh. *Bull World Health Organ* 2001; 79(7):608-614.
- <sup>(15)</sup> ter Kuile FO, Parise ME, Verhoeff FH, Udhayakumar V, Newman RD, van Eijk AM et al. The burden of co-infection with human immunodeficiency virus type 1 and malaria in pregnant women in sub-Saharan Africa. *Am J Trop Med Hyg* 2004; 71(2 Suppl):41-54.
- <sup>(16)</sup> Ulizzi L, Zonta LA. Sex ratio and selection by early mortality in humans: fifty-year analysis in different ethnic groups. *Human Biology* 1994; 66(6):1037-1048.
- <sup>(17)</sup> Nielsen BB, Liljestrand J, Hedegaard M, Thilsted SH, Joseph A. Reproductive pattern, perinatal mortality, and sex preference in rural Tamil Nadu, south India: community based, cross sectional study. *BMJ* 1997; 314:1521-1524.
- <sup>(18)</sup> Baiden F, Hodgson A, Adjuiik M, Adongo P, Ayaga B, Binka F. Trend and causes of neonatal mortality in the Kassena-Nankana district of northern Ghana, 1995-2002. *Trop Med Int Health* 2006; 11(4):532-539.
- <sup>(19)</sup> Greenwood AM, Greenwood BM, Bradley AK, Williams K, Shenton FC, Tulloch S et al. A prospective survey of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. *Bull World Health Organ* 1987; 65(5):635-643.
- <sup>(20)</sup> Confirmation of the elimination of neonatal tetanus in Togo by lot quality assurance-cluster sampling. *Wkly Epidemiol Rec* 2006; 81(4):34-39.
- <sup>(21)</sup> Lawn JE, Shibuya K, Stein C. No cry: Global estimates of intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths. *Bull World Health Organ* 2005; 83(6):409-417.
- <sup>(22)</sup> Thompson CM, Puterman AS, Linley LL, Hann FM, van der Elst CW, Molteno CD et al. The value of a scoring system for hypoxic ischaemic encephalopathy in predicting neurodevelopmental outcome. *Acta Paediatr* 1997; 86(7):757-761.
- <sup>(23)</sup> Lim S, Adam T, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331(7525):1107.
- <sup>(24)</sup> Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365(9463):977-988.
- <sup>(25)</sup> Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006; 35(3):706-718.
- <sup>(26)</sup> Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005; 365:2193-2200.

- <sup>(27)</sup> Barlow JL, Mung'Ala-Odera V, Gona J, Newton CR. Brain damage after neonatal tetanus in a rural Kenyan hospital. *Trop Med Int Health* 2001; 6(4):305-308.
- <sup>(28)</sup> Barker DJ. The developmental origins of chronic adult disease. *Acta Paediatr Suppl* 2004; 93(446):26-33.
- <sup>(29)</sup> Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Menga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117(3):e380-e386.
- <sup>(30)</sup> Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller DH, Patouillard E, Mills A. Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2006; 368:1077-1087.

## Section II - La continuité des soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile

- <sup>(1)</sup> Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- <sup>(2)</sup> WHO. *World Health Report 2005: make every mother and child count*. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(3)</sup> Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 54(1):1-10.
- <sup>(4)</sup> Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331:1107.
- <sup>(5)</sup> World Bank. *World development report 2007: development and the next generation*. 2006. Forthcoming.
- <sup>(6)</sup> PMNCH. *Conceptual and institutional framework for the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)*. 2006.
- <sup>(7)</sup> de Graft-Johnson J, Daly P, Otchere S, Russell N, Bell R. Household to home continuum of maternal and newborn care. 2005. Baltimore, Maryland: The ACCESS Program, JHPIEGO.
- <sup>(8)</sup> Tinker A, Hoopes-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. A continuum of care to save newborn lives. *Lancet* 2005; 365:822-825.
- <sup>(9)</sup> WHO. Policy brief one: integrating maternal, newborn and child health programmes. *World Health Report 2005: make every mother and child count*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
- <sup>(10)</sup> Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362(9377):65-71.
- <sup>(11)</sup> Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- <sup>(12)</sup> Campbell O, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006. In press.
- <sup>(13)</sup> Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Waleign N et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005; 365(9464):1087-1098.
- <sup>(14)</sup> Lawn JE, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. *Newborn Survival*. In: Jamison D, Measham A, editors. *Disease Control Priorities*. 2 ed. 2006. The World Bank and the National Institutes of Health.
- <sup>(15)</sup> Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; Suppl. 1:S7-S24.
- <sup>(16)</sup> WHO. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland. 13-15 June 2005. 2006. World Health Organization.
- <sup>(17)</sup> Gamble C, Ekwaru JP, ter Kuile FO. Insecticide-treated nets for preventing malaria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 2(CD003755).
- <sup>(18)</sup> Lawn JE, Cousens S, Darmstadt GL, Martines J, Paul V, Bhutta Z et al. The Executive Summary of The Lancet Neonatal Survival Series. 2005.
- <sup>(19)</sup> World Bank. *The world development report 2004: making services work for the poor*. 2004. Washington, DC: The World Bank.
- <sup>(20)</sup> Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005; 365:2193-2200.
- <sup>(21)</sup> Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331:1107.

## Section III Chapitre I - Soins pour les filles et les femmes avant la grossesse

- (22) Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365:1189-1197.
- (23) Darmstadt GL, Cousens S, Walker D, Lawn JE, Bhutta ZA, Haws RA. Increasing resources to save newborn lives. 2006.
- (24) WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (25) Lawn JE, Tinker A, Munjanja S, Cousens S. Where is maternal and child health now? *Lancet* 2006; Published online September 28, 2006. (<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/0140-6736/PIIS0140673606693872.pdf>)
- (26) UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- (27) Gwatkin D, Bhuiya A, Victoria CG. Making Health Systems More Equitable. *Lancet* 2004;(364):1273-1290.
- (28) Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003; 362:233-241.
- (29) Victora CG, Fenn DB, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. *Lancet* 2005; 366:1460-1466.
- (30) Population Reference Bureau. 2006 World Population Datasheet. 2006. Washington, DC, Population Reference Bureau.
- (31) UNFPA. State of the world's population 2005. 2005. United Nations Population Fund.
- (32) Gloyd S, Chai S, Mercer MA. Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. *Health Policy Plan* 2001; 16(1):29-34.
- (33) Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115(2 Suppl):519-617.
- (34) Confirmation of the elimination of neonatal tetanus in Togo by lot quality assurance-cluster sampling. *Wkly Epidemiol Rec* 2006; 81(4):34-39.
- (35) Lovich R, Rubardt M, Fagan D, Powers M. Partnership defined quality: a tool book for community and health provider collaboration for quality improvement. 1996. Washington, DC, Save the Children.
- (36) Haines A, Saunders D, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker D et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. 2006. *The Lancet*. In press.
- (37) Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- (38) O'Rourke K, Howard-Grabman L, Seoane G. Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia. *Rev Panam Salud Publica* 1998; 3(1):9-14.
- (39) Gonzales F, Arteaga E, Howard-Grabman L. Scaling up the Warmi project: lessons learned, mobilizing Bolivian communities around reproductive health. 1998. Washington, DC: Save the Children.
- (40) Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis* 2003; 3(9):547-556.
- (41) Darmstadt GL, Kumar V, Yadav R, Singh V, Singh P, Mohanty S et al. Introduction of community-based skin-to-skin care in rural Uttar Pradesh, India. *J Perinatol* 2006.
- (42) Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999; 354:1955-1961.
- (43) UNICEF. Child survival. 2006. ([http://www.unicef.org/health/index\\_childsurvival.html](http://www.unicef.org/health/index_childsurvival.html). Accessed 8 August 2006).
- (44) WHO. Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (45) Pattinson RC. Challenges in saving babies – avoidable factors, missed opportunities and substandard care in perinatal deaths in South Africa. *S Afr Med J* 2003; 93(6):450-455.
- (46) Save the Mothers. The Kiboga Safe Motherhood Initiative: A joint initiative between The Association of Obstetricians and Gynaecologists of Uganda and The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 2003.
- (47) WHO. Dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. Joint WHO/UNAIDS/UNFPA policy statement. 2000. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (48) Save the Children. State of the World's Mothers 2005: the promise and power of girls' education. 2005. Washington, DC: Save the Children.
- (49) Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; 367:1835-1841.
- (50) Save the Children. State of the World's Mothers 2004: children having children. 2004. Washington, DC: Save the Children.
- (51) Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2):342-349.
- (52) Pojda J, Kelley LM, editors. Low Birth Weight: Report of a meeting. Geneva, Switzerland: ACC/SCN in collaboration with ICCDR; 2000.
- (53) Ceesay SM, Prentice AM, Cole TJ, Foord F, Weaver LT, Poskitt EM et al. Effects on birth weight and perinatal mortality of maternal dietary supplements in rural Gambia: 5 year randomised controlled trial. *BMJ* 1997; 315:786-790.
- (54) UNFPA. State of the World's Population 2005. United Nations Population Fund; 2005.
- (55) Basu AM, Stephenson R. Low levels of maternal education and the proximate determinants of childhood mortality: a little learning is not a dangerous thing. *Soc Sci Med* 2005; 60(9):2011-2023.
- (56) Save the Children. State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns. 2006. Washington, DC: Save the Children.
- (57) WHO. Neonatal mortality: regional, country and global estimates. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (58) UNICEF. State of the World's Children 2006. New York: UNICEF; 2005.
- (59) WHO. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta: World Health Organization ([www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf), accessed 15 September 2006); 1997.
- (60) Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? 2006. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed 15 September 2006).
- (61) Pathfinder International. Creating partnerships to prevent early marriage in the Amhara region. 2006.
- (62) Population Reference Bureau. 2006 World Population Datasheet. 2006. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- (63) Population Reference Bureau. The World's Youth. BRIDGE Project; 2006.
- (64) The Alan Guttmacher Institute. Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives. 1998. New York: Alan Guttmacher Institute.
- (65) Ross JA, Winfrey W. Contraceptive Use, Intention to Use and Unmet Need During the Extended Post-Partum Period. *International Family Planning Perspectives* 2001; 27(1).
- (66) WHO. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland. 13-15 June 2005. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (67) Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* 2006; 295(15):1809-1823.
- (68) Conde-Agudelo A, Belizan JM, Berman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89 Suppl 1:S34-S40.
- (69) Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89 Suppl 1:S7-24. Epub; 2005 Jan 26.:S7-24.
- (70) UNICEF. Facts for life. 3 ed. New York: United Nations Children's Fund (<http://www.unicef.org/fll/text.htm>); 2002.
- (71) WHO, UNFPA. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. 2006. Geneva, World Health Organization.
- (72) Fuchs N. Priorities for Family Planning and HIV/AIDS Integration. (<http://www.maqweb.org/techbriefs/tb11integration.shtml>, accessed 17 August 2006).

- <sup>(27)</sup> King R, Estey J, Allen S, Kegeles S, Wolf W, Valentine C et al. A family planning intervention to reduce vertical transmission of HIV in Rwanda. *AIDS* 1995; 9 Suppl 1:S45-S51.
- <sup>(28)</sup> Stover J, Dougherty L, Hamilton M. Are cost savings incurred by offering family planning services at emergency plan HIV/AIDS care and treatment facilities? USAID/Policy Project; 2006.
- <sup>(29)</sup> Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? *Lancet* 2004; 364:1365-1370.
- <sup>(30)</sup> Center for Research on Environment, Health, and Population Activities (CREHPA). Determining an effective and replicable communication-based mechanism for improving young couples' access to and use of reproductive health information and services in Nepal – an operations research study. 2004. USAID ([http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR\\_FinalReports/Nepal\\_Small%20Grant.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Nepal_Small%20Grant.pdf), accessed 17 August 2006.)

## Section III Chapitre 2 - Soins prénatals

- <sup>(1)</sup> WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(2)</sup> Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074.
- <sup>(3)</sup> De Bernis L, Dumont A, Bouillin D, Gueye A, Dompnier JP, Bouvier-Colle MH. Maternal morbidity and mortality in two different populations of Senegal: a prospective study (MOMA survey). *BJOG* 2000; 107(1):68-74.
- <sup>(4)</sup> Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; 367:1835-1841.
- <sup>(5)</sup> Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51:1087-1093.
- <sup>(6)</sup> Lawn JE, Shibuya K, Stein C. No cry: Global estimates of intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths. *Bull World Health Organ* 2005; 83(6):409-417.
- <sup>(7)</sup> WHO. Perinatal and neonatal mortality for the year 2000: Country, regional and global estimates. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(8)</sup> Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006; 367:1487-1494.
- <sup>(9)</sup> Tinker A, Hoopes-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. A continuum of care to save newborn lives. *Lancet* 2005; 365:822-825.
- <sup>(10)</sup> Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365(9463):977-988.
- <sup>(11)</sup> Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331(7525):1107.
- <sup>(12)</sup> Stanton C, Blanc AK, Croft T, Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *J Biosoc Sci* 2006;1-12.
- <sup>(13)</sup> Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1565-1570.
- <sup>(14)</sup> Langer A, Nigenda G, Romero M, Rojas G, Kuchaisit C, Al-Osimi M et al. Conceptual bases and methodology for the evaluation of women's and providers' perception of the quality of antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 Suppl 2:98-115.
- <sup>(15)</sup> ACCESS Program. Focused antenatal care: providing integrated, individualized care during pregnancy (Draft technical brief). 2006.
- <sup>(16)</sup> WHO. Standards for maternal and neonatal care. Provision of effective antenatal care. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization. ([http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/publications/Standards1.6N.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.6N.pdf). Accessed 23 October 2006)
- <sup>(17)</sup> Villar J, Baaqel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1551-1564.
- <sup>(18)</sup> Munjanja SP, Lindmark G, Nystrom L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet* 1996; 348:364-369.
- <sup>(19)</sup> von Both C, Flessa S, Makuwani A, Mpembeni R, Jahn A. How much time do health services spend on antenatal care? Implications for the introduction of the focused antenatal care model in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006; 6(1):22.
- <sup>(20)</sup> WHO. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC).
- <sup>(21)</sup> Homer CS, Davis GK, Everitt LS. The introduction of a woman-held record into a hospital antenatal clinic: the bring your own records study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999; 39(1):54-57.
- <sup>(22)</sup> Brown HC, Smith HJ. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD002856.
- <sup>(23)</sup> Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- <sup>(24)</sup> UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- <sup>(25)</sup> Population Reference Bureau. The Wealth Gap in Health. 2004. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- <sup>(26)</sup> UNICEF. Antenatal care. 2006. (<http://www.childinfo.org/areas/antenatal/>. Accessed 10 September 2006.)
- <sup>(27)</sup> Manongi RN, Marchant TC, Bygbjerg IC. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Hum Resour Health* 2006; 4:6.
- <sup>(28)</sup> Save the Children. An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries. 2005. London: Save the Children UK.
- <sup>(29)</sup> Hodnett ED et al. Continuous support for women during childbirth. (Cochrane Review) In the Cochrane Library, Issue 1, 2005. Chichester, John Wiley & Sons.
- <sup>(30)</sup> Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6):402-409.
- <sup>(31)</sup> Site assessment and strengthening for maternal and newborn health programs. Blouse A, Gomez P, Kinzie B, editors. 2004. Baltimore, Maryland: JHPIEGO.

## Section III Chapitre 3 - Soins à l'accouchement

- <sup>(1)</sup> Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 54(1):1-10.
- <sup>(2)</sup> Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074.
- <sup>(3)</sup> Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy Plan* 2003; 18(4):383-390.
- <sup>(4)</sup> 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Part 7: Neonatal resuscitation. *Resuscitation* 2005; 67(2-3):293-303.
- <sup>(5)</sup> Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 1994; 38(8):1091-1110.
- <sup>(6)</sup> Pattinson R, Woods D, Greenfield D, Velaphi S. Improving survival rates of newborn infants in South Africa. *Reprod Health* 2005; 2(1):4.
- <sup>(7)</sup> Pattinson RC. Why babies die – a perinatal care survey of South Africa, 2000-2002. *S Afr Med J* 2003; 93(6):445-450.
- <sup>(8)</sup> WHO. Policy brief one: integrating maternal, newborn and child health programmes. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(9)</sup> Making Pregnancy Safer. The critical roles of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
- <sup>(10)</sup> Opiyo N, English M. Newborn resuscitation: defining best practice for low income settings. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2006; 100:899-908.
- <sup>(11)</sup> Saugstad OD. Resuscitation of newborn infants with room air or oxygen. *Semin Neonatol* 2001; 6(3):233-239.
- <sup>(12)</sup> Mahomed K, Nyoni R, Mlambo T, Jacobus E, Kasule J. Intrapartum foetal heart rate monitoring-continuous electronic versus intermittent doppler – a randomised controlled trial. *Cent Afr J Med* 1992; 38(12):458-462.
- <sup>(13)</sup> Buchmann EJ, Pattinson RC, Nyathikazi N. Intrapartum-related birth asphyxia in South Africa – lessons from the first national perinatal care survey. *S Afr Med J* 2002; 92(11):897-901.
- <sup>(14)</sup> WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(15)</sup> UNICEF, UNFPA, WHO. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. 1997. New York: United Nations Children's Fund.
- <sup>(16)</sup> WHO. Technical consultation on guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services, summary report. 20-22 June 2006. Geneva, WHO Department of Reproductive Health and Research in collaboration with UNFPA, UNICEF and AMDD.

- <sup>(17)</sup> WHO. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. 2003. Geneva, Switzerland: WHO, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC).
- <sup>(18)</sup> Peterson S, Nsungwa-Sabiiti J, Were W, Nsabagasani X, Magumba G, Namboze J et al. Coping with paediatric referral – Ugandan parents' experience. *Lancet* 2004; 363:1955-1956.
- <sup>(19)</sup> Lawn JE, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. *Newborn Survival*. In: Jamison D, Measham A, editors. *Disease Control Priorities*. 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health; 2005.
- <sup>(20)</sup> Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999; 354:1955-1961.
- <sup>(21)</sup> Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115(2 Suppl):519-617.
- <sup>(22)</sup> Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005; 365:1087-1098.
- <sup>(23)</sup> Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C, Mills A. Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet* 2006; published online Sept 28. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69383-5.
- <sup>(24)</sup> Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- <sup>(25)</sup> Buekens P, Curtis S, Alayon S. Demographic and Health Surveys: caesarean section rates in sub-Saharan Africa. *BMJ* 2003; 326:136.
- <sup>(26)</sup> UNICEF. *State of the World's Children 2006*. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- <sup>(27)</sup> WHO. *World Health Report 2006: working together for health*. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(28)</sup> Da Luz Vaz M, Bergstrom S. Mozambique – delegation of responsibility in the area of maternal care. *Int J Gynaecol Obstet* 1992; 38 Suppl:S37-9.:S37-S39.
- <sup>(29)</sup> Lim S, Adam T, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331:1107.
- <sup>(30)</sup> Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; published online Sept 28. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69382-3.
- <sup>(31)</sup> Gottret PB, Schieber G. *Health financing revisited: a practitioner's guide*. 2006. Washington, DC: World Bank.
- <sup>(32)</sup> Meessen B, Musango L, Kashala JP, Lemlin J. Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Trop Med Int Health* 2006; 11(8):1303-1317.
- <sup>(33)</sup> Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- <sup>(34)</sup> Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- <sup>(35)</sup> Ahluwalia I, Kouletio M, Curtis K, Schmid T. Community empowerment: CDC collaboration with the CARE community-based reproductive health project in two districts in Tanzania. *J Womens Health Gender-based Med* 1999; 8:1015-1019.
- <sup>(36)</sup> WHO. *Maternity waiting homes: a review of experiences*. 1996. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/96.21)
- <sup>(37)</sup> Chandramohan D, Cutts F, Millard P. The effect of stay in a maternity waiting home on perinatal mortality in rural Zimbabwe. *J Trop Med Hyg* 1995; 98(4):261-267.
- <sup>(38)</sup> Walker D, McDermott JM, Fox-Rushby J, Tanjung M, Nadjib M, Widiatmoko D et al. An economic analysis of midwifery training programmes in South Kalimantan, Indonesia. *Bull World Health Organ* 2002; 80(1):47-55.
- <sup>(39)</sup> Warren C. *Repositioning Postpartum Care in Kenya*. 2005. Nairobi, Kenya: Population Council.
- <sup>(40)</sup> Janowitz B, Wallace S, Araujo G, Araujo L. Referrals by traditional birth attendants in northeast Brazil. *Am J Public Health* 1985; 75(7):745-748.
- <sup>(41)</sup> Janowitz B, Bailey P, Dominik RC, Araujo L. TBAs in Northeast Brazil: referral patterns and perinatal mortality. *Health Policy and Planning* 1988; 3(1):48-58.
- <sup>(42)</sup> Tracking progress in child survival countdown to 2015. 2005. (<http://www.childsurvivalcountdown.com>. Accessed 10 October 2006)
- <sup>(43)</sup> WHO. *Reproductive health indicators – guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(44)</sup> Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P. *Care of the newborn: reference manual*. 2004. Save the Children.
- <sup>(45)</sup> WHO. *Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(46)</sup> World Bank. *Making services work for poor people: world development report*. 2004. Washington, DC: TheWorld Bank.
- <sup>(47)</sup> Kumar R. Effectiveness of training traditional birth attendants for management of asphyxia neonatorum using resuscitation equipment. *Prenatal and Neonatal Medicine* 1998; 3(2):225-260.

## Section III Chapitre 4 - Soins postnataux

- <sup>(1)</sup> Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 54(1):1-10.
- <sup>(2)</sup> Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074.
- <sup>(3)</sup> European HIV in Obstetrics Group. Higher rates of post-partum complications in HIV-infected than in uninfected women irrespective of mode of delivery. *AIDS* 2004; 18(6):933-938.
- <sup>(4)</sup> Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- <sup>(5)</sup> Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006; 35(3):706-718.
- <sup>(6)</sup> Shisana O, Simbayi L. Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS: South African National HIV Prevalence Behavioral Risks and Mass Media Household Survey. 2002. Cape Town, South Africa: Human Sciences Research Council.
- <sup>(7)</sup> WHO. *World Health Report 2005: make every mother and child count*. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(8)</sup> Warren C. *Repositioning Postpartum Care in Kenya*. 2005. Nairobi, Kenya: Population Council.
- <sup>(9)</sup> Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- <sup>(10)</sup> WHO. *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. Report of a technical working group. 1998. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/98.3)
- <sup>(11)</sup> WHO. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. 2003. Geneva, Switzerland: WHO, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC).
- <sup>(12)</sup> UNICEF. *Saving Newborn Lives/Save the Children – US. Strategic guidance note on the newborn (Draft)*. 2006.
- <sup>(13)</sup> Dragovich D, Tamburlini G, Alisjahbana A, Kambarami R, Karagulovala J, Lincetto O et al. Thermal control of the newborn: knowledge and practice of health professional in seven countries. *Acta Paediatr* 1997; 86(6):645-650.
- <sup>(14)</sup> Ross JA, Winfrey W. Contraceptive Use, Intention to use and unmet need during the extended post-partum period. *International Family Planning Perspectives* 2001; 27(1).
- <sup>(15)</sup> Rabinovitz LM, Landry E. Postpartum contraception: perspectives from clients and providers in six countries. *AVSC News* 1991; 29(4):3-4.
- <sup>(16)</sup> Joint WHO/UNAIDS/UNFPA statement: Dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. 2000.
- <sup>(17)</sup> Grimes D, Schulz K, Van VH, Stanwood N. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices: a Cochrane review. *Hum Reprod* 2002; 17(3):549-554.
- <sup>(18)</sup> WHO, UNICEF. *Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities*. 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(19)</sup> Stanton C, Blanc AK, Croft T, Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *J Biosoc Sci* 2006; 1-12.
- <sup>(20)</sup> Mohamed SA, Kamel MA, Shaaban OM, Salem HT. Acceptability for the use of postpartum intrauterine contraceptive devices: Assiut experience. *Med Princ Pract* 2003; 12(3):170-175.
- <sup>(21)</sup> Ransjo-Arvidson AB, Chintu K, Ng'andu N, Eriksson B, Susu B, Christensson K et al. Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(6):385-391.
- <sup>(22)</sup> Hundt GL, Beckerleg S, Kassem F, bu Jafar AM, Belmaker I, Abu SK et al. Women's health custom made: building on the 40 days postpartum for Arab women. *Health Care Women Int* 2000; 21(6):529-542.
- <sup>(23)</sup> Koblinsky MA. Community-based postpartum care: An urgent unmet need. 2005. USAID, Catalyst Consortium.

- <sup>(24)</sup> Bang AT, Reddy HM, Deshmukh MD, Baitule SB, Bang RA. Neonatal and infant mortality in the ten years (1993 to 2003) of the Gadchiroli field trial: effect of home-based neonatal care. *J Perinatol* 2005; 25 Suppl 1:S92-107.
- <sup>(25)</sup> Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115(2 Suppl):519-617.
- <sup>(26)</sup> Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis* 2003; 3(9):547-556.
- <sup>(27)</sup> Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Waleign N et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005; 365:1087-1098.
- <sup>(28)</sup> Lim S, Adam T, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331:1107.
- <sup>(29)</sup> Haines A, Saunders D, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker D et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *The Lancet*. In press 2006.
- <sup>(30)</sup> Sibley L, Sipe TA, Koblinsky M. Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence. *Soc Sci Med* 2004; 59(8):1757-1768.
- <sup>(31)</sup> Gennaro S, Dugyi E, Doud JM, Kershbaumer R. Health promotion for childbearing women in Rubanda, Uganda. *J Perinat Neonatal Nurs* 2002; 16(3):39-50.
- <sup>(32)</sup> Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Greiner T. Effect of the HIV epidemic on infant feeding in South Africa: "When they see me coming with the tins they laugh at me". *Bull World Health Organ* 2006; 84(2):90-96.
- <sup>(33)</sup> Bulut A, Turan JM. Postpartum family planning and health needs of women of low income in Istanbul. *Stud Fam Plann* 1995; 26(2):88-100.
- <sup>(34)</sup> WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(35)</sup> Lugina HI, Lindmark G, Johansson E, Christensson K. Tanzanian midwives' views on becoming a good resource and support person for postpartum women. *Midwifery* 2001; 17(4):267-278.
- <sup>(36)</sup> Schneider A. How quality improvement in health care can help to achieve the Millennium Development Goals. *Bull World Health Organ* 2006; 84(4):259.
- <sup>(37)</sup> Neena Khadka. Increasing access to quality postnatal care: findings from PNC project in Nepal. 2005. Save the Children.
- <sup>(38)</sup> Save the Children. State of the World's Mothers 2006: saving the lives of mothers and newborn. 2006. Washington, DC, Save the Children.
- <sup>(39)</sup> Sibanda JQ, Saungweme I, Nleya C, Mutymbizi MP, Rutgers RA. Post natal care in Bubi district deserves more attention. *Cent Afr J Med* 2001; 47(4):103-108.
- <sup>(40)</sup> Adinma JI, Agbai AO, Nwosu BO. Contraceptive choices among Nigerian women attending an antenatal clinic. *Adv Contracept* 1998; 14(2):131-145.
- <sup>(41)</sup> Horton R. The coming decade for global action on child health. *Lancet* 2006; 367:3-5.
- <sup>(42)</sup> Tracking progress in child survival countdown to 2015. 2005. (<http://www.childsurvivalcountdown.com>. Accessed 10 October 2006)
- (6) Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Vaughan JP, Black RE. The multi-country evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. *Am J Public Health* 2004; 94(3):406-415.
- (7) Bryce J, Victora CG. Ten methodological lessons from the multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy Plan* 2005; 20 Suppl 1:i94-i105.
- (8) Chopra M, Patel S, Cloete K, Sanders D, Peterson S. Effect of an IMCI intervention on quality of care across four districts in Cape Town, South Africa. *Arch Dis Child* 2005; 90(4):397-401.
- (9) Pariyo GW, Gouws E, Bryce J, Burnham G. Improving facility-based care for sick children in Uganda: training is not enough. *Health Policy Plan* 2005; 20 Suppl 1:i58-i68.
- (10) Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite AJ, Cunha AL, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad Saude Publica* 2004; 20 Suppl 2:S209-S219.
- (11) Schellenberg JA, Victora CG, Mushi A, de Savigny D, Schellenberg D, Mshinda H et al. Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania. *Lancet* 2003; 361:561-566.
- (12) Weber MW, Carlin JB, Gatchalian S, Lehmann D, Muhe L, Mulholland EK. Predictors of neonatal sepsis in developing countries. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22(8):711-717.
- (13) Weber M. Young infants II study group. Clinical predictors of severe illness in 0-6 and 7-59 day old infants. 2006.
- (14) Marrines J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365:1189-1197.
- (15) WHO. HIV and infant feeding: guidelines for decision makers. Geneva: World Health Organization. 2003.
- (16) WHO. HIV and infant feeding: a guide for health-care managers and supervisors. Geneva: World Health Organization. 2003.
- (17) Lucas J, Jitta J, Jones G, Wilczynska-Ketenda K. Implementing the household & community component of IMCI in the Eastern and Southern Region (ESAR): A state of the art review of the human rights based approach to programming in the context of accelerated child survival. New York: UNICEF; 2005.
- (18) Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- (19) Daga SR, Daga AS, Dighole RV, Patil RP. Anganwadi worker's participation in rural newborn care. *Indian J Pediatr* 1993; 60(5):627-630.
- (20) Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis* 2003; 3(9):547-556.
- (21) Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999; 354:1955-1961.
- (22) Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331:1107.
- (23) Sen A, Mahalanabis D, Singh AK, Som TK, Bandyopadhyay S. Development and effects of a neonatal care unit in rural India. *Lancet* 2005; 366:27-28.
- (24) WHO. Management of newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives. 2003. Geneva, WHO. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC).
- (25) Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD002771.
- (26) Armstrong Schellenberg JR, Adam T, Mshinda H, Masanja H, Kabadi G, Mukasa O et al. Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *Lancet* 2004; 364:1583-1594.
- (27) Lawn JE, Cousens SN, Darmstadt GL, Bhutta ZA, Martines J, Paul V et al. 1 year after The Lancet Neonatal Survival Series--was the call for action heard? *Lancet* 2006; 367:1541-1547.

### Section III Chapitre 5 - Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)

- (1) Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- (2) UNICEF. State of the World's Children 2006. New York: The United Nations Children's Fund (UNICEF); 2005.
- (3) Armstrong SJ, Bryce J, de Savigny D, Lambrechts T, Mbuya C, Mgalula L et al. The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania. *Health Policy Plan* 2004; 19(1):1-10.
- (4) el Arifeen S, Blum LS, Hoque DM, Chowdhury EK, Khan R, Black RE et al. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: early findings from a cluster-randomised study. *Lancet* 2004; 364(9445):1595-1602.
- (5) Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Black RE, Scherpbier RW. Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy Plan* 2005; 20 Suppl 1:i5-i17.

## Section III Chapitre 6 - Promotion de la nutrition

- <sup>(1)</sup> Huffman SL, Zehner ER, Harvey P, Martin L. Essential health sector actions to improve maternal nutrition in Africa. 2001. Regional Centre for Quality of Care and LINKAGES Project. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- <sup>(2)</sup> Mason J, Bailes A, Beda-Andourou M, Copeland N, Curtis T, Deitchler M et al. Recent trends in malnutrition in developing regions: vitamin A deficiency, anemia, iodine deficiency, and child underweight. *Food Nutr Bull* 2005; 26(1):59-108.
- <sup>(3)</sup> Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- <sup>(4)</sup> Berkman DS, Lescano AG, Gilman RH, Lopez SL, Black MM. Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a follow-up study. *Lancet* 2002; 359:564-571.
- <sup>(5)</sup> de Onis M, Frongillo EA, Blossner M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. *Bull World Health Organ* 2000; 78(10):1222-1233.
- <sup>(6)</sup> UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- <sup>(7)</sup> de Onis M, Blössner M, Borghi E, Frongillo EA, Morris R. Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015. *JAMA* 2004; 291(21):2600-2606.
- <sup>(8)</sup> Stoltzfus R, Mullany L, Black R. Iron deficiency anemia. In: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray C, editors. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. 2004. Geneva: World Health Organization. 163-209.
- <sup>(9)</sup> Diene S. The essential nutrition actions. *HealthLink* 2003;(124).
- <sup>(10)</sup> WHO, UNICEF. The global strategy for infant and young child feeding. 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(11)</sup> Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005; 365(9478):2193-2200.
- <sup>(12)</sup> Fishman S, Caulfield LE, de Onis M, Blössner M, Hyder AA, Mullany L, et al. Comparative risk assessment: Underweight status. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray C, editors. *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(13)</sup> LINKAGES Project. Facts for feeding: birth, initiation of breastfeeding, and the first seven days after birth. 2003. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- <sup>(14)</sup> Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, menga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117(3):e380-e386.
- <sup>(15)</sup> Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-71.
- <sup>(16)</sup> Edmond KM, Bahl R, Taiwah-Agyemang, Lawn JE, Kirkwood BR. Breast is still best: new evidence of the potential to save at least 1.4 million lives. Commonwealth Health Ministers Reference Book 2006. 2006.
- <sup>(17)</sup> WHO Collaborative group. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. *Lancet* 2000; 355:451-455.
- <sup>(18)</sup> Huffman SL, Zehner ER, Victora C. Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? *Midwifery* 2001; 17(2):80-92.
- <sup>(19)</sup> WHO. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2000. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)
- <sup>(20)</sup> WHO. Optimal feeding of the low birthweight infant guidelines (draft). 2006.
- <sup>(21)</sup> WHO. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 2003. *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(22)</sup> LINKAGES Project. Facts for feeding: feeding low birthweight babies. 2006. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- <sup>(23)</sup> LINKAGES Project. Infant feeding options in the context of HIV. 2005. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- <sup>(24)</sup> LINKAGES Project. Experience LINKAGES: Behavior Change Communication. 2003. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- <sup>(25)</sup> Mknelly B. Freedom from Hunger's credit with education strategy for improving nutrition security: impact evaluation results from Ghana. 1997. Sacramento, CA, Paper presented at the XII International Conference of Agricultural Economists.
- <sup>(26)</sup> van Rheenen PF, Brabin BJ. Late umbilical cord-clamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialised countries: a systematic review. *Ann Trop Paediatr* 2004; 24(1):3-16.
- <sup>(27)</sup> Aguayo VM, Roley JA, Malanze J, Meershoek SP. Opportunities for improving the quality of nutritional services in the national health system in Mozambique: findings from Manica Province. *J Trop Pediatr* 2004; 50(5):314-318.
- <sup>(28)</sup> Deneke K, Rubin J, Franklin N, Guyon A. Prevention of mother to child transmission baseline survey Ethiopia. 2004. Addis Ababa, Ethiopia: LINKAGES Project/Ethiopia, Academy for Educational Development.
- <sup>(29)</sup> UNICEF. The baby-friendly hospital initiative. 2006. ([www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm](http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm)). Accessed 10 September 2006.
- <sup>(30)</sup> Semega-Janneh I. Breastfeeding: from biology to policy. The second Abraham Horwitz lecture. SCN annual session. Oslo, Norway, 1998.
- <sup>(31)</sup> Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353(9160):1226-1231.
- <sup>(32)</sup> Green C. Improving Breastfeeding Behaviors: Evidence from two decades of intervention research. 1999. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- <sup>(33)</sup> WHO. Africa's newborns: the forgotten children. 2002. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- <sup>(34)</sup> Schubert JW, Martin LH. Seeing is believing: mobilizing community support for breastfeeding in Ghana. *Nutrition* 2006; 2:5-7.
- <sup>(35)</sup> Quinn VJ, Guyon AB, Schubert JW, Stone-Jimenez M, Hainsworth MD, Martin LH. Improving breastfeeding practices on a broad scale at the community level: success stories from Africa and Latin America. *J Hum Lact* 2005; 21(3):345-354.

## Section III Chapitre 7 - Programmes de prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH

- <sup>(1)</sup> UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. 2006. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- <sup>(2)</sup> European HIV in Obstetrics Group. Higher rates of post-partum complications in HIV-infected than in uninfected women irrespective of mode of delivery. *AIDS* 2004; 18(6):933-938.
- <sup>(3)</sup> Fawcus SR, van Coeverden de Groot HA, Isaacs S. A 50-year audit of maternal mortality in the Peninsula Maternal and Neonatal Service, Cape Town (1953-2002). *BJOG* 2005; 112(9):1257-1263.
- <sup>(4)</sup> Ahmed Y, Mwaba P, Chintu C, Grange JM, Ustianowski A, Zumla A. A study of maternal mortality at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: the emergence of tuberculosis as a major non-obstetric cause of maternal death. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(8):675-680.
- <sup>(5)</sup> Temmerman M, Plummer FA, Mirza NB, Ndinya-Achola JO, Wamola IA, Nagelkerke N et al. Infection with HIV as a risk factor for adverse obstetrical outcome. *AIDS* 1990; 4(11):1087-1093.
- <sup>(6)</sup> Bulterys M, Chao A, Munyemana S, Kurawige JB, Nawrocki P, Habimana P et al. Maternal human immunodeficiency virus 1 infection and intrauterine growth: a prospective cohort study in Butare, Rwanda. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13(2):94-100.
- <sup>(7)</sup> Braddick MR, Kreiss JK, Embree JB, Datta P, Ndinya-Achola JO, Pamba H et al. Impact of maternal HIV infection on obstetrical and early neonatal outcome. *AIDS* 1990; 4(10):1001-1005.
- <sup>(8)</sup> Embree JE, Njenga S, Datta P, Nagelkerke NJ, Ndinya-Achola JO, Mohammed Z et al. Risk factors for postnatal mother-child transmission of HIV-1. *AIDS* 2000; 14(16):2535-2541.
- <sup>(9)</sup> Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992; 340:585-588.
- <sup>(10)</sup> Mofenson LM, Lambert JS, Stiehm ER, Bethel J, Meyer WA, III, Whitehouse J et al. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group Study 185 Team*. *N Engl J Med* 1999; 341(6):385-393.
- <sup>(11)</sup> Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Greiner T. Effect of the HIV epidemic on infant feeding in South Africa: "When they see me coming with the tins they laugh at me". *Bull World Health Organ* 2006; 84(2):90-96.
- <sup>(12)</sup> Rollins N, Willumsen J. Evaluation of infant feeding practices by mothers at PMTCT and non-PMTCT sites in Botswana. Botswana PMTCT advisory group, Botswana Food and Nutrition Unit, Ministry of Health, Botswana. 2001. UNICEF Botswana.
- <sup>(13)</sup> WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(14)</sup> Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; 365:1147-1152.

- <sup>(15)</sup> Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 29(5):484-494.
- <sup>(16)</sup> Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, Rollins N, Gaillard P, Dabis F. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 2004; 364:1236-1243.
- <sup>(17)</sup> WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(18)</sup> Ayisi JG, Van Eijk AM, Newman RD, ter Kuile FO, Shi YP, Yang C et al. Maternal malaria and perinatal HIV transmission, western Kenya. *Emerg Infect Dis* 2004; 10(4):643-652.
- <sup>(19)</sup> Ayisi JG, Van Eijk AM, ter Kuile FO, Kolczak MS, Otieno JA, Misore AO et al. The effect of dual infection with HIV and malaria on pregnancy outcome in western Kenya. *AIDS* 2003; 17(4):585-594.
- <sup>(20)</sup> Pillay T, Khan M, Moodley J, Adhikari M, Coovadia H. Perinatal tuberculosis and HIV-1: considerations for resource-limited settings. *Lancet Infect Dis* 2004; 4(3):155-165.
- <sup>(21)</sup> Khan M, Pillay T, Moodley JM, Connolly CA. Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa. *AIDS* 2001; 15(14):1857-1863.
- <sup>(22)</sup> Watson-Jones D, Chagalucha J, Gumodoka B, Weiss H, Rusizoka M, Ndeki L et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. I. Impact of maternal syphilis on outcome of pregnancy. *J Infect Dis* 2002; 186(7):940-947.
- <sup>(23)</sup> Ahmad H, Mehta NJ, Manikal VM, Lamoste TJ, Chapnick EK, Lutwick LI et al. *Pneumocystis carinii* pneumonia in pregnancy. *Chest* 2001; 120(2):666-671.
- <sup>(24)</sup> Kumar RM, Uduman SA, Khurana AK. Impact of pregnancy on maternal AIDS. *J Reprod Med* 1997; 42(7):429-434.
- <sup>(25)</sup> Lallemand M, Jourdain G, Le CS, Mary JY, Ngo-Giang-Huong N, Koetsawang S et al. Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *N Engl J Med* 2004; 351(3):217-228.
- <sup>(26)</sup> Lim WS, Macfarlane JT, Colthorpe CL. Treatment of community-acquired lower respiratory tract infections during pregnancy. *Am J Respir Med* 2003; 2(3):221-233.
- <sup>(27)</sup> St Louis ME, Kamenga M, Brown C, Nelson AM, Manzila T, Batter V et al. Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic, and placental factors. *JAMA* 1993; 269(22):2853-2859.
- <sup>(28)</sup> WHO. Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS. Report of a technical consultation. 13-15 May 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(29)</sup> WHO. Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(30)</sup> Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwatha A et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 2000; 283(9):1167-1174.
- <sup>(31)</sup> WHO. Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(32)</sup> UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- <sup>(33)</sup> Tanzania report. 2005. Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation and Engender Health. Dec-Jan 2005.
- <sup>(34)</sup> Manzi M, Zachariah R, Teck R, Buhendwa L, Kazima J, Bakali E et al. High acceptability of voluntary counselling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting. *Trop Med Int Health* 2005; 10(12):1242-1250.
- <sup>(35)</sup> Kagaayi J, Dreyfuss ML, Kigozi G, Chen MZ, Wabwire-Mangen F, Serwadda D et al. Maternal self-medication and provision of nevirapine to newborns by women in Rakai, Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 39(1):121-124.
- <sup>(36)</sup> WHO, UNICEF. The global strategy for infant and young child feeding. 2003. Geneva, World Health Organization.
- <sup>(37)</sup> Narayanan I, Bagchi A, Rose M, Hessler-Radelet C, Kramer C. Safeguarding investment in PMTCT programs by incorporating essential newborn care. 2004. Arlington, Virginia, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II).
- <sup>(38)</sup> WHO. Technical consultation on the integration of HIV interventions into maternal, newborn, and child health services. Report of a meeting, 5-7 April 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(39)</sup> WHO mission reports. Integration of HIV/AIDS with reproductive health and child health services using PMTCT as an entry point, Uganda and Mozambique. 2004. WHO regional office for Africa.
- <sup>(40)</sup> Sweat M, O'Reilly K, Schmid G, Denison J, de Zoysa I. Cost-effectiveness of nevirapine to prevent mother-to-child HIV transmission in eight African countries. *AIDS* 2004; 18(12):1661-1671.
- <sup>(41)</sup> Msaky H, et al. Scaling the Frontier: Traditional Birth Attendant Involvement in PMTCT Service Delivery in Hai and Kilombero District of Tanzania. 2004. Bangkok XV International AIDS Conference.
- <sup>(42)</sup> Mahomva A, Miller A. Integrating HIV-related information into routine family and child health service systems: the Zimbabwe experience. 2004. National Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe; the Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation, Zimbabwe; and USAID/Zimbabwe.
- <sup>(43)</sup> Gichangi P. Scaling Up Interventions for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV in Zambia: Best Practices. 2005. WHO regional office for Africa.
- <sup>(44)</sup> Bweupe M. Integration of HIV interventions in maternal, newborn, and child care services in Zambia: country experience. April 5-7, 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

### Section III Chapitre 8 - Programmes de lutte contre le paludisme

- <sup>(1)</sup> Rowe AK, Rowe SY, Snow RW, Korenromp EL, Schellenberg JR, Stein C et al. The burden of malaria mortality among African children in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006; 35(3):691-704.
- <sup>(2)</sup> Worrall E, Rietveld A, Delacollette C. The burden of malaria epidemics and cost-effectiveness of interventions in epidemic situations in Africa. *Am J Trop Med Hyg* 2004; 71(2 Suppl):136-140.
- <sup>(3)</sup> Bouyou-Akotet MK, Ionete-Collard DE, Mabika-Manfoumbi M, Kendjo E, Matsigui PB, Mavoungou E et al. Prevalence of *Plasmodium falciparum* infection in pregnant women in Gabon. *Malar J* 2003; 2:18.
- <sup>(4)</sup> Shulman CE, Marshall T, Dorman EK, Bulmer JN, Cutts F, Peshu N et al. Malaria in pregnancy: adverse effects on haemoglobin levels and birthweight in primigravidae and multigravidae. *Trop Med Int Health* 2001; 6(10):770-778.
- <sup>(5)</sup> Abrams ET, Kwick JJ, Mwapasa V, Kamwendo DD, Tadesse E, Lema VM et al. Malaria during pregnancy and foetal haematological status in Blantyre, Malawi. *Malar J* 2005; 4:39.
- <sup>(6)</sup> Newman RD, Hailemariam A, Jimma D, Degifie A, Kebede D, Rietveld AE et al. Burden of malaria during pregnancy in areas of stable and unstable transmission in Ethiopia during a non-epidemic year. *J Infect Dis* 2003; 187(11):1765-1772.
- <sup>(7)</sup> Okoko BJ, Ota MO, Yamuah LK, Idiong D, Mkpanam SN, Avieka A et al. Influence of placental malaria infection on foetal outcome in the Gambia: twenty years after Ian McGregor. *J Health Popul Nutr* 2002; 20(1):4-11.
- <sup>(8)</sup> McDermott JM, Slutsker L, Steketee RW, Wirima JJ, Breman JG, Heymann DL. Prospective assessment of mortality among a cohort of pregnant women in rural Malawi. *Am J Trop Med Hyg* 1996; 55(1 Suppl):66-70.
- <sup>(9)</sup> Greenwood AM, Armstrong JR, Byass P, Snow RW, Greenwood BM. Malaria chemoprophylaxis, birth weight and child survival. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1992; 86(5):483-485.
- <sup>(10)</sup> McDermott JM, Wirima JJ, Steketee RW, Breman JG, Heymann DL. The effect of placental malaria infection on perinatal mortality in rural Malawi. *Am J Trop Med Hyg* 1996; 55(1 Suppl):61-65.
- <sup>(11)</sup> WHO. Strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African region. 2004. Brazzaville, Congo, WHO Regional Office for Africa.
- <sup>(12)</sup> ter Kuile FO, Parise ME, Verhoeff FH, Udhayakumar V, Newman RD, Van Eijk AM et al. The burden of co-infection with human immunodeficiency virus type 1 and malaria in pregnant women in sub-Saharan Africa. *Am J Trop Med Hyg* 2004; 71(2 Suppl):41-54.
- <sup>(13)</sup> Van Eijk AM, Ayisi JG, ter Kuile FO, Misore A, Otieno JA, Kolczak MS et al. Human immunodeficiency virus seropositivity and malaria as risk factors for third-trimester anemia in asymptomatic pregnant women in western Kenya. *Am J Trop Med Hyg* 2001; 65(5):623-630.
- <sup>(14)</sup> Brahmabhatt H, Kigozi G, Wabwire-Mangen F, Serwadda D, Sewankambo N, Lutalo T et al. The effects of placental malaria on mother-to-child HIV transmission in Rakai, Uganda. *AIDS* 2003; 17(17):2539-2541.
- <sup>(15)</sup> Ayisi JG, Van Eijk AM, Newman RD, ter Kuile FO, Shi YP, Yang C et al. Maternal malaria and perinatal HIV transmission, western Kenya. *Emerg Infect Dis* 2004; 10(4):643-652.
- <sup>(16)</sup> Steketee RW, Wirima JJ, Hightower AW, Slutsker L, Heymann DL, Breman JG. The effect of malaria and malaria prevention in pregnancy on offspring birthweight, prematurity, and intrauterine growth retardation in rural Malawi. *Am J Trop Med Hyg* 1996; 55(1 Suppl):33-41.
- <sup>(17)</sup> Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365(9463):977-988.



- <sup>(18)</sup> Gamble C, Ekwaru JP, ter Kuile FO. Insecticide-treated nets for preventing malaria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD003755.
- <sup>(19)</sup> Curtis C, Maxwell C, Lemnge M, Kilama WL, Steketee RW, Hawley WA et al. Scaling-up coverage with insecticide-treated nets against malaria in Africa: who should pay? *Lancet Infect Dis* 2003; 3(5):304-307.
- <sup>(20)</sup> Shulman CE, Dorman EK, Cutts F, Kawuondo K, Bulmer JN, Peshu N et al. Intermittent sulphadoxine-pyrimethamine to prevent severe anaemia secondary to malaria in pregnancy: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 1999; 353(February 20):632-636.
- <sup>(21)</sup> Parise ME, Ayisi JG, Nahlen BL, Schultz LJ, Roberts JM, Misore A et al. Efficacy of sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of placental malaria in an area of Kenya with a high prevalence of malaria and human immunodeficiency virus infection. *Am J Trop Med Hyg* 1998; 59(5):813-822.
- <sup>(22)</sup> MIPESA. Assessment of malaria country experiences in the adoption and implementation of malaria in pregnancy policies: Including best practices and lessons learned. ACCESS, WHO; 2005.
- <sup>(23)</sup> Guyatt HL, Noor AM, Ochola SA, Snow RW. Use of intermittent presumptive treatment and insecticide treated bed nets by pregnant women in four Kenyan districts. *Trop Med Int Health* 2004; 9(2):255-261.
- <sup>(24)</sup> Van Eijk AM, Blokland IE, Slutsker L, Odhiambo F, Ayisi JG, Bles HM et al. Use of intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy in a rural area of western Kenya with high coverage of insecticide-treated bed nets. *Trop Med Int Health* 2005; 10(11):1134-1140.
- <sup>(25)</sup> Holtz TH, Kachur SP, Roberts JM, Marum LH, Mkandala C, Chizani N et al. Use of antenatal care services and intermittent preventive treatment for malaria among pregnant women in Blantyre District, Malawi. *Trop Med Int Health* 2004; 9(1):77-82.
- <sup>(26)</sup> Mbonye AK, Neema S, Magnussen P. Perceptions on use of sulfadoxine-pyrimethamine in pregnancy and the policy implications for malaria control in Uganda. *Health Policy* 2006; 77(3):279-289.
- <sup>(27)</sup> Nganda RY, Drakeley C, Reyburn H, Marchant T. Knowledge of malaria influences the use of insecticide treated nets but not intermittent presumptive treatment by pregnant women in Tanzania. *Malar J* 2004; 3:42.
- <sup>(28)</sup> WHO. Recommendations on the use of Sulfadoxine-Pyrimethamine (SP) for intermittent preventive treatment during pregnancy (IPT) in areas of moderate to high resistance to SP in the African Region. 2005. Harare, 27-28 October 2005., WHO Regional Office for Africa in collaboration with the Roll Back Malaria Department.
- <sup>(29)</sup> Boller C, Wyss K, Mtasiwa D, Tanner M. Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2003; 81(2):116-122.
- <sup>(30)</sup> Roll Back Malaria Partnership Working Group on Insecticide Treated Nets (WIN). Summary report of meeting on development, production and distribution of long-lasting insecticidal nets. Johannesburg, South Africa: 2004.

## Section III Chapitre 9 - Programmes de vaccination

- <sup>(1)</sup> WHO. The World Health Report: Make Every Mother and Child Count. 2005. Geneva, Switzerland: WHO.
- <sup>(2)</sup> Victora CG, Fenn DB, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. *Lancet* 2005; 366:1460-1466.
- <sup>(3)</sup> Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074.
- <sup>(4)</sup> Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- <sup>(5)</sup> Meegan ME, Conroy RM, Lengeny SO, Renhault K, Nyangole J. Effect on neonatal tetanus mortality after a culturally-based health promotion programme. *Lancet* 2001; 358:640-641.
- <sup>(6)</sup> UNICEF, WHO and UNFPA. Maternal and neonatal tetanus elimination by 2005: Strategies for achieving and maintaining elimination. 2000.
- <sup>(7)</sup> WHO. WHO recommended standards for surveillance of selected vaccine preventable diseases. 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(8)</sup> WHO. Maternal and neonatal tetanus elimination, issues of gross neonatal tetanus cases and deaths under-reporting in West Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. (<http://www.afro.who.int/nnt/reports/elimination.pdf>. Accessed 17 September 2006.)
- <sup>(9)</sup> Cutts F, Vynnycky E. Modeling the incidence of congenital rubella syndrome in developing countries. *Internal Journal of Epidemiology* 1999; 28:1176-1184.
- <sup>(10)</sup> Lawn JE, Reef S, Baffoe-Bonnie B, Adadevoh S, Caul EO, Griffin GE. Unseen blindness, unheard deafness, and unrecorded death and disability: congenital rubella in Kumasi, Ghana. *Am J Public Health* 2000; 90(10):1555-1561.
- <sup>(11)</sup> WHO. Rubella vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2000; 75:161-172.
- <sup>(12)</sup> WHO. Hepatitis B vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2004; 79(28):255-263.
- <sup>(13)</sup> Poliomyelitis. Fact sheet No. 114. 2003. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/>. Accessed 15 September 2006.)
- <sup>(14)</sup> UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: The United Nations Children's Fund.
- <sup>(15)</sup> WHO. Tetanus vaccine: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2006; 81(20):198-208.
- <sup>(16)</sup> WHO. Maternal and Neonatal Tetanus elimination: Progress toward global MNT elimination. ([http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/MNTE\\_initiative/en/index4.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/MNTE_initiative/en/index4.html). Accessed 23 October 2006.)
- <sup>(17)</sup> WHO. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system – 2005 Global Summary. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(18)</sup> Lawn JE, Reef S, Baffoe-Bonnie B, Adadevoh S, Caul EO, Griffin GE. Unseen blindness, unheard deafness, and unrecorded death and disability: congenital rubella in Kumasi, Ghana. *Am J Public Health* 2000; 90(10):1555-1561.
- <sup>(19)</sup> Delamonica E, Minujin A, Gulaid J. Monitoring equity in immunization coverage. *Bull World Health Organ* 2005; 83(5):384-391.

## Section IV - Atteindre toutes les mères et tous les bébés en Afrique avec les soins essentiels

- <sup>(1)</sup> Darmstadt GL, Cousens S, Walker D, Lawn JE, Bhutta ZA, Haws RA. Increasing resources to save newborn lives. 2006. (Available on CD)
- <sup>(2)</sup> Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004; 364(9437):900-906.
- <sup>(3)</sup> WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(4)</sup> The Paris Declaration. 2 March 2005. ([http://www.oecd.org/document/18/0,2340,en\\_2649\\_3236398\\_35401554\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/18/0,2340,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.html). Accessed 20 September 2006.)
- <sup>(5)</sup> Ndoye A, Mboup BM, Fall M, Narayanan I, Thiam A, Plowman B et al. Newborn health interventions in Senegal: the early implementation phase. Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development; 2004.
- <sup>(6)</sup> Lalonde AB, Okong P, Mugasa A, Perron L. The FIGO Save the Mothers Initiative: the Uganda-Canada collaboration. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 80(2):204-212.
- <sup>(7)</sup> Fawcus SR, van Coeverden de Groot HA, Isaacs S. A 50-year audit of maternal mortality in the Peninsula Maternal and Neonatal Service, Cape Town (1953-2002). *BJOG* 2005; 112(9):1257-1263.
- <sup>(8)</sup> Saving Babies 2001: 2nd Perinatal Care Survey of South Africa. Pattinson RC, editor. 2004. The MRC Unit for Maternal and Infant Health Care Strategies, PPIP Users, and the National Department of Health.
- <sup>(9)</sup> James C, Morris SS, Keith R, Taylor A. Impact on child mortality of removing user fees: simulation model. *BMJ* 2005; 331:747-749.
- <sup>(10)</sup> Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ* 2005; 331(7519):762-765.
- <sup>(11)</sup> Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanman G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy Plan* 2003; 18(4):383-390.
- <sup>(12)</sup> Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy Plan* 1997; 12(4):273-285.
- <sup>(13)</sup> McPake B. User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature. *Soc Sci Med* 1993; 36(11):1397-1405.
- <sup>(14)</sup> Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? *Lancet* 2004; 364:1365-1370.
- <sup>(15)</sup> Report of the inter-country workshop for strengthening newborn care in maternal and child health programmes. 5-9 June 2006. Harare, Zimbabwe. PMNCH, Save the Children, UNFPA, UNICEF, USAID, WHO.
- <sup>(16)</sup> WHO, Save the Children, with contribution from UK Department for International Development. Newborn health policy and planning framework. Part I: Overview for policy-makers. (<http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubneonatal.htm>. Accessed 10 October 2006.)
- <sup>(17)</sup> République du Mali, UNICEF, WHO, Save the Children, WAHO, UNFPA et al. Vision 2010: reduction of maternal and neonatal mortality and morbidity in west and central Africa. 2005. Bamako, Mali: UNICEF.

- <sup>(18)</sup> UNICEF. Saving Newborn Lives/Save the Children – US. Strategic guidance note on the newborn. 2006. (Draft available on CD)
- <sup>(19)</sup> WHO. Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(20)</sup> Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; published online Sept 28. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69382-3.
- <sup>(21)</sup> WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(22)</sup> WHO. Policy brief one: integrating maternal, newborn and child health programmes. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(23)</sup> Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- <sup>(24)</sup> Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- <sup>(25)</sup> Darmstadt GL, Walker N, Lawn JE, Bhutta ZA, Cousens S. Saving newborn lives in Asia and Africa: cost and impact of phased scale-up of interventions within the continuum of care. 2006.
- <sup>(26)</sup> Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005; 365:1087-1098.
- <sup>(27)</sup> Martinez J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365:1189-1197.
- <sup>(28)</sup> Lawn JE, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A, editors. *Disease Control Priorities*. 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health; 2005.
- <sup>(29)</sup> Palmer D. Tackling Malawi's human resources crisis. *Reprod Health Matters* 2006; 14(27):27-39.
- <sup>(30)</sup> Second Meeting of the High Level Forum on Health MDGs. Addressing Africa's workforce crisis: an avenue for action. 2-3 December 2004. Abuja, Nigeria.
- <sup>(31)</sup> Rowe AK, de SD, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 2005; 366:1026-1035.
- <sup>(32)</sup> Woods DL, Theron GB. The impact of the Perinatal Education Programme on cognitive knowledge in midwives. *S Afr Med J* 1995; 85(3):150-153.
- <sup>(33)</sup> Theron GB. The potential of midwives providing primary obstetric care to reduce perinatal deaths in a rural region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 70:367-371.
- <sup>(34)</sup> da Luz Vaz M, Bergstrom S. Mozambique – delegation of responsibility in the area of maternal care. *Int J Gynaecol Obstet* 1992; 38 Suppl:S37-9.:S37-S39.
- <sup>(35)</sup> Haines A, Saunders D, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker D et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *The Lancet* 2006. In press.
- <sup>(36)</sup> Lawn JE, Cousens SN, Darmstadt GL, Bhutta ZA, Martinez J, Paul V et al. 1 year after The Lancet Neonatal Survival Series – was the call for action heard? *Lancet* 2006; 367:1541-1547.
- <sup>(37)</sup> Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- <sup>(38)</sup> Ahluwalia I, Kouletio M, Curtis K, Schmid T. Community empowerment: CDC collaboration with the CARE community-based reproductive health project in two districts in Tanzania. *J Womens Health Gender-based Med* 1999; 8:1015-1019.
- <sup>(39)</sup> Chiwuzie J, Okojie O, Okolocha C, Omorogbe S, Oronsaye A, Akpala W et al. Emergency loan funds to improve access to obstetric care in Ekpoma, Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59 Suppl 2, S231-S236. 1997.
- <sup>(40)</sup> Foreit KGE, Hardee K, Agarwal K. When does it make sense to consider integrating STI and HIV services with family planning services? *Int Fam Plan Perspect* 2002; 28(2):105-107.
- <sup>(41)</sup> Briggs CJ, Capdegelle P, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries: effects on performance, costs and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD003318.
- <sup>(42)</sup> Liese BH, Sachdeva PS, Cochrane DG. Organizing and managing tropical disease control programs: case studies. 1992. Washington DC: World Bank.
- <sup>(43)</sup> Stansfield S, Walsh JA, Prata N, Evans T. Information to improve decision making for health. In: Jamison D, Measham A, editors. *Disease Control Priorities*. 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health; 2005.
- <sup>(44)</sup> Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller DH, Patouillard E, Mills A. Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2006; 368:1077-1087.
- <sup>(45)</sup> Bryce J, Terreri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA et al. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet* 2006; 368:1067-1076.
- <sup>(46)</sup> UN Millennium Project. Goals, targets and indicators. 2006. (<http://unmillenniumproject.org/goals/goals03.htm>. Accessed 10 October 2006).
- <sup>(47)</sup> WHO, UNICEF. Child survival survey-based indicators: Report of a UNICEF/WHO meeting. 17-18 June 2004. New York: World Health Organization.
- <sup>(48)</sup> WHO. Reproductive health indicators – guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.

## Section V - Information concrète pour passer à l'action

- <sup>(1)</sup> WHO. Neonatal and perinatal mortality: regional, country and global estimates. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(2)</sup> UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- <sup>(3)</sup> Lumbiganon P, Panomonta M, Laopaiboon M, Pothinam S, Patitath N. Why are Thai official perinatal and infant mortality rates so low? *Int J Epidemiol* 1990; 19(4):997-1000.
- <sup>(4)</sup> McCarthy BJ, Terry J, Rochat RW, Quave S, Tyler CW, Jr. The underregistration of neonatal deaths: Georgia 1974-77. *Am J Public Health* 1980; 70(9):977-982.
- <sup>(5)</sup> Curtis S. Assessment of the quality of data used for direct estimation of infant and child mortality in DHS II surveys (DHS Occasional Papers, No. 3). 1995. Calverton, MD: Macro International Inc.
- <sup>(6)</sup> Bang AT, Reddy MH, Deshmukh MD. Child Mortality in Maharashtra. *Economic and Political Weekly* 2002; 37(49):4947-4965.
- <sup>(7)</sup> Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006; 35(3):706-718.
- <sup>(8)</sup> Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; 365(9465):1147-1152.
- <sup>(9)</sup> WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(10)</sup> Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- <sup>(11)</sup> Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115(2 Suppl):519-617.
- <sup>(12)</sup> Martinez J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365:1189-1197.
- <sup>(13)</sup> Darmstadt GL, Cousens S, Walker D, Lawn JE, Bhutta ZA, Haws RA. Increasing resources to save newborn lives. 2006. (Available on CD)
- <sup>(14)</sup> Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005; 365:2193-2200.
- <sup>(15)</sup> WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- <sup>(16)</sup> Tracking progress in child survival countdown to 2015. 2005. (<http://www.childsurvivalcountdown.com/> Accessed 10 September 2006)
- <sup>(17)</sup> Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006; 367(9521):1487-1494.
- <sup>(18)</sup> Rutstein SO, Johnson S. The DHS Wealth Index. (DHS Comparative Reports No. 6) 1004. Calverton, MD: Macro International Inc.
- <sup>(19)</sup> WHO. Maternal and Neonatal Tetanus elimination: Progress toward global MNT elimination. ([http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/MNTE\\_initiative/en/index4.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/MNTE_initiative/en/index4.html). Accessed 23 October 2006.)
- <sup>(20)</sup> Confirmation of the elimination of neonatal tetanus in Togo by lot quality assurance-cluster sampling. *Wkly Epidemiol Rec* 2006; 81(4):34-39.
- <sup>(21)</sup> Population Reference Bureau. 2006 World Population Datasheet. 2006. Washington, DC, Population Reference Bureau.
- <sup>(22)</sup> Lawn JE, Shibuya K, Stein C. No cry: Global estimates of intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths. *Bull World Health Organ* 2005; 83(6):409-417.
- <sup>(23)</sup> Hill K, AbouZhar C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. *Bull World Health Organ* 2001; 79(3):182-193.
- <sup>(24)</sup> AbouZhar C, Wardlaw T. Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. 2003.
- <sup>(25)</sup> Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006; 368:1189-1200.

# Indice

## A

Accouchement prématuré, voir causes et interventions  
Actions nutritionnelles essentielles 103  
Afrique du Sud, profil 214 ; 14, 65, 157, 166  
Afrique subsaharienne, profil 174  
Akande, Professeur E ; Oluwole 5  
Alimentation, complémentaire 93, 95  
Alimentation, options pour les femmes séropositives à VIH 106, 116, 122  
Allaitement maternel, directives 104-6  
Allaitement maternel, exclusif 29, 64, 104, 110, 230-1  
Allaitement maternel, précoce/immédiat 29, 96, 104, 106-7, 230-1  
Aménorrhée due à la lactation 83-4  
Analyse de vies sauvées 163, 227-8  
Analyse situationnelle 159-60  
Analyse du coût de l'expansion 169  
Angola, profil 175  
Asphyxie à la naissance, voir causes, interventions

## B

Bénin, profil 176 ; 69, 75, 157  
Burkina Faso, profil 178 ; 156

## C

Cadre de survie de l'enfant 8, 154-5  
Causes des décès néonataux 15-20, 226, 229  
Causes des décès néonataux, asphyxie à la naissance 16, 64, 229  
Causes des décès néonataux, infections 17  
Causes des décès néonataux, septicémie 17  
Comores, profil 184  
Consultations prénatales 42, 51-62, 115, 121, 142, 230-1  
Consultations prénatales focalisées 52-5  
Continuité des soins 6, 23-36, 116, 118, 120, 135, 161  
Côte d'Ivoire, profil 187  
Cycle de la vie 24

## D

Diarrhée 94, 102, 104, 115  
Dossiers tenus par les femmes 54

## E

Engagements au niveau des politiques régionales 152  
Enquêtes démographique et de santé 226  
Équité 70, 157  
Érythrée, profil 189, 156  
Espacement des naissances 26, 42-5  
Étapes des intervention et enveloppes de santé néonatale 70, 154, 161-2  
Éthiopie, profil 190 ; 42, 144

## F

Faire Reculer le Paludisme 130, 133  
Feuille de Route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 8, 152-4  
Fonds mondial pour le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme 135  
Formation 61, 69-70, 97-100, 109, 166

## G

Gambie, profil 192  
Ghana, profil 193  
Guinée, profil 194  
Guinée-Bissau, profil 195

## I

Inde 98  
Indicateurs 86, 169-70, 231  
Inégalité, atteindre le pauvre 14-15, 28, 34, 145, 157, 227  
Infection à VIH pendant la grossesse 6, 45, 106, 168, 58, 113-126  
Infection respiratoire aiguë 230  
Infections sexuellement transmissibles 42, 58  
Infections, voir causes -  
Initiative des hôpitaux amis-des-bébés 108-9, 229  
Insuffisance pondérale à la naissance 10, 16, 81, 103, 128-9, 229  
Intervalle de grossesse, avortement/fausse-couche 44-5, 50  
Intervalle de grossesse, naissance-à-grossesse 44-5, 50  
Intervalle de grossesse, naissance-à-naissance 44-5, 50  
Interventions, asphyxie à la naissance 18  
Interventions, cycle de la vie 24-6  
Interventions, infections 17-19  
Interventions, naissance prématurée 18-19

## K

Kenya, profil 196 ; 13, 166

## L

Liberia, profil 198

## M

Madagascar, profil 199 ; 5, 111, 155-6  
Maisons d'attente de maternité 32, 72  
Malawi, profil 200 ; 68, 70, 99, 132, 155-6, 165  
Mauritanie, profil 202  
Mobilisation communautaire 109, 144  
Modèles des retards (3 retards) 64  
Mongella, Dr Gertrude 2  
Mort-nés, intra-partum 64, 128  
Moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) 130-132  
Mozambique, profil 204 ; 120  
Mutilation génitale de la femme 39-41

## N

Nations du G8 2, 20  
Népal 31  
Niger, profil 206  
Nigeria, profil 207  
Nutrition des filles et des femmes 39-40, 91  
Nutrition maternelle 102-4

## O

Objectifs d'Abuja 8, 156, 169  
Objectifs du Millénaire pour le Développement 7, 12-13, 133, 152-3, 157, 160, 170, 228  
Occasions ratées 57, 69, 161, 230  
Ouganda, profil 218 ; 33, 72, 120, 146, 155-7, 168,  
Outils de fixation des coûts 164

## P

Paiements des utilisateurs 56, 75, 157-8  
Paiements propres 56, 75, 157-8  
Paludisme pendant la grossesse 58, 115, 127-136  
Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile (PSMNI) 8  
Pauvreté 14, 35, 128  
PCIME communautaire 92, 95  
Petits bébés, voir insuffisance pondérale à la naissance  
Préparatifs à la naissance 57, 72, 157  
Prestataire qualifié 28, 66, 68-9, 75, 85, 157  
Prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME) des programmes de VIH 113-126, 168  
Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfance 29, 91-100  
Programme élargi de Vaccination (PEV) 29-30, 144-5  
Programmes de vaccination 137-147  
Promotion de la nutrition et de l'allaitement maternel 101-112

## R

Réforme du secteur de la santé 155  
République démocratique du Congo, profil 186  
Ressources humaines 165-6  
Revenu national brut (RNB) 155, 229  
Rwanda, profil 208 ; 75

## S

Sages-femmes 70, 73  
Santé des adolescents 6, 7, 24, 28, 38-50  
Schémas communautaires pour transferts en cas d'urgence et communication 72, 167  
Sénégal, profil 210  
Septicémie, voir causes de décès

Série de santé maternelle de The Lancet 25, 101  
Série de survie de l'enfant de The Lancet 25-6  
Série de survie du nouveau-né de The Lancet 25, 101, 162, 227  
Services mobiles/stratégie avancée 30, 32, 34, 48, 85  
Sierra Leone, profil 212  
Signes de danger, bébé 72, 82  
Signes de danger, mère 72, 82  
Soins à base communautaire 30-32, 48, 54, 67-8, 73, 85, 88, 93-6, 119, 121, 157, 166  
Soins cliniques (basés dans les établissements) 26-33, 84, 120  
Soins de la Mère Kangourou (MMK) 97  
Soins obstétricaux d'urgence 67-72, 231  
Soins postnatals 6, 29, 79-90, 230  
Soins pour les filles et les femmes avant la grossesse 38-50  
Songane, Dr Francisco 3  
Soudan 143  
Stratégie d'Alimentation du Nourrisson et du jeune Enfant 112, 121  
Suivi et évaluation 74, 88, 122, 169

## T

Tanzanie, profil 216 ; 8, 13, 60, 69, 99, 155-7, 161  
Taux de mortalité infantile 13, 21, 228  
Taux de mortalité maternelle 1, 227  
Taux de mortalité néonatale 10, 14, 155, 226, 228  
Taux de mortinatalité 10, 228  
Taux de prévalence de la contraception 230  
Tétanos, élimination du tétanos maternel et néonatal 18, 30, 139-42, 229  
Togo, profil 217 ; 18  
Traitement antirétroviral 6, 116, 122  
Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse 113-126, 168  
Trousse néonatale essentielle pour la communauté 72  
Trousses néonatales essentielles pour les établissements de santé 72

## V

Vaccin du BCG 30, 138-42  
Vaccination, antitétanique 139, 141  
Vaccinations, DTC3 138, 141  
Vaccinations, hépatite B 138, 142  
Vaccinations, rubéole 138, 140, 142  
Vaccinations, vaccin antipoliomyélitique (OPV) 138, 142

## Z

Zambie, profil 219; 122, 158  
Zimbabwe, profil 220; 13, 122

# Remerciements photos

Couverture	Save the Children/ Brian Moody. Malawi.	Page 39	UNICEF/HQ05-2213/ Giacomo Pirozzi. République Démocratique du Congo
Page 1, De haut en bas	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali.	Page 43	Save the Children. Éthiopie
	The Population Council, Inc./ Melissa May. 2006. Afrique du Sud.	Page 44	Harry Mueller. 2005. Tanzanie
		Page 47	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi
Page 5	UNICEF/HQ04-0897/ Shehzad Noorani. Soudan.	Page 51	Arzum Ciloglu/CCP, courtesy of Photoshare. 2002. Malawi.
Page 7	Harry Mueller. 2005. Tanzanie.	Page 53	Save the Children/ Michael Bisceglie. Éthiopie.
Page 9	Save the Children/ Brian Moody. Malawi.	Page 54	Harvey Nelson, courtesy of Photoshare, 2000. Zambie.
Page 11	UNICEF/HQ00-0183/ Giacomo Pirozzi. Mozambique.	Page 56	UNHCR/S. Mann. Sudan.
Page 21	Sara A. Holtz, courtesy of Photoshare. 2001. Togo.	Page 57	Save the Children/ Michael Bisceglie. Burkina Faso.
Page 22	UNICEF/HQ03-0311/ Christine Nesbitt. République Démocratique du Congo.	Page 61	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.
Page 23	UNICEF/HQ02-0570/ Giacomo Pirozzi. Ghana.	Page 62	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mozambique
Page 36	The Population Council, Inc./ Melissa May. 2006. Ghana.	Page 63	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali.
Page 37	Save the Children/Mark Amann. Malawi.	Page 64	Luwei Pearson.
Page 38, Dans le sens des aiguilles d'une montre de haut en bas	Arzum Ciloglu/CCP, courtesy of Photoshare. 2002. Malawi.	Page 65	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali.
	UNICEF/HQ00-0255/ Giacomo Pirozzi. Mozambique.	Page 66	UNICEF/HQ04-0917/ Shehzad Noorani. Soudan.
	Tammy Schroeder. 2005. Tanzanie.	Page 68	Luwei Pearson. Kenya.
	Save the Children/Mark Amman. Malawi.	Page 71	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mozambique
	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali.	Page 73	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.
	Rachel Hoy, courtesy of Photoshare. 2004. Cameroun.	Page 76	Luwei Pearson.
	Michael Bisceglie/ Save the Children. Malawi.	Page 78	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali.
	UNICEF/HQ05-2185/ Giacomo Pirozzi. République Démocratique du Congo.	Page 79	Save the Children/ NCI Communications. Malawi
		Page 83	UNICEF/HQ91-0161/Betty Press. Kenya

Page 87	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali	Page 135	Michael Bisceglie/ Save the Children. Malawi.
Page 88	Save the Children/Laura Brye. Zambie	Page 137	UNICEF/HQ00-0255/ Giacomo Pirozzi. Mozambique.
Page 89	UNICEF/HQ94-0263/ Giacomo Pirozzi. Cap Vert.	Page 138	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mozambique.
Page 90	Lily Kak. Éthiopie.	Page 141	UNICEF/HQ04-1190/ Roger Lemoyne. République démocratique du Congo.
Page 91	Tammy Schroeder. 2005. Tanzanie.		
Page 97	Save the Children/Mark Amman. Malawi.	Page 147	Save the Children/ Michael Bisceglie.
Page 101	UNICEF/HQ05-2185/ Giacomo Pirozzi. République démocratique du Congo.	Page 151	UNICEF/HQ06-0174/ Michael Kamber. Kenya.
Page 103	Save the Children/ Michael Bisceglie. Éthiopie.	Page 153	UNICEF/HQ98-0533/ Giacomo Pirozzi. Sierra Leone.
Page 104	UNICEF/HQ04-0846/ Francois d'Elbee. Libéria.	Page 157	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.
Page 108	Linkages/Agnes Guyon. Éthiopie.	Page 161	Harry Mueller. 2006. Tanzanie.
Page 111	Save the Children/Joan Schubert. Ghana.	Page 167	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.
Page 112	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mozambique	Page 168	Lukoda Ramathan. Uganda.
Page 113	Rachel Hoy, courtesy of Photoshare. 2004. Cameroun.	Page 169	Save the Children/ Michael Bisceglie. Éthiopie.
Page 114	UNICEF/HQ03-0295/ Christine Nesbitt. République démocratique du Congo.	Page 171	Save the Children/ Michael Bisceglie. Éthiopie.
Page 121	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mozambique.	Page 172	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mozambique.
Page 121	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.	Arrière de couverture De gauche à droite	Save the Children. Éthiopie. Harvey Nelson, courtesy of Photoshare, 2000. Zambie. Save the Children/Mark Amman. Malawi. Save the Children/ Michael Bisceglie. Éthiopie. The Population Council, Inc./ Melissa May. 2006. Ghana.
Page 125	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.		
Page 126	UNICEF/HQ05-1047/ Radhika Chalasani. Niger.		
Page 127	Michael Bisceglie/ Save the Children. Malawi.		
Page 129	UNICEF/HQ05-2133/ Giacomo Pirozzi. République démocratique du Congo.		

# Examineurs

Kwame Asamoah  
*CDC, Malaria Branch  
USA*

Ana Betran  
*WHO, Making Pregnancy  
Safer  
Switzerland*

Cythnia Boschi-Pinto  
*WHO, Child and Adolescent  
Health and Development  
Switzerland*

Jean Baker  
*AED, Center for Family Health  
USA*

Al Bartlett  
*USAID  
USA*

Mary Carnell  
*JSI, Child Health  
USA*

Luc de Bernis  
*UNFPA  
Ethiopia*

Bernadette Daelmans  
*WHO, Child and Adolescent  
Health and Development  
Switzerland*

Karen Edmond  
*London School of Hygiene and  
Tropical Medicine, Pediatric  
Epidemiology  
United Kingdom*

Rudi Eggers  
*WHO, Vaccines and Biologicals  
Switzerland*

Leslie Elder  
*Save the Children-USA, Saving  
Newborn Lives  
USA*

Lynn Freedman  
*University of Columbia,  
AMDD  
USA*

Francois Gasse  
*UNICEF, Health Unit  
USA*

Tracy Geoghegan  
*Save the Children-USA  
USA*

Adenike Grange  
*IPA  
Nigeria*

Peggy Henderson  
*WHO, Department of Child  
and Adolescent Health and  
Development  
Switzerland*

Sandra Huffman  
*AED, Ready to Learn  
USA*

Mie Inoue  
*WHO, Evidence for  
Information and Policy  
Switzerland*

Monir Islam  
*WHO, Making Pregnancy  
Safer  
Switzerland*

Carolyn Kruger  
*AED, Linkages  
USA*

Andre Lalonde  
*FIGO  
USA*

Elizabeth Mason  
*WHO, Child and Adolescent  
Health and Development  
Switzerland*

Matthews Mathai  
*WHO, Making Pregnancy  
Safer  
Switzerland*

Nahed Matta  
*USAID, Maternal and  
Newborn Health  
USA*

Chris McDermott  
*USAID  
USA*

Subhi Mehdi  
*USAID, Africa Bureau  
USA*

Nomajoni Ntombela  
*AED, Linkages  
Zambia*

Vinod Paul  
*All Institute of Medical Sciences,  
Department of Pediatrics and  
WHO Collaborating Center  
India*

Ellen Piwoz  
*AED, Center for Nutrition  
USA*

Anayda Portela  
*WHO, Making Pregnancy  
Safer  
Switzerland*

Fred Sai  
*World Bank (retired)  
Ghana*

Hamadoun Sangho  
*CREDOS  
Mali*

Harshad Sanghvi  
*JHPIEGO, ACCESS  
USA*

Jane Schaller  
*IPA  
Canada*

Robert Scherpbier  
*WHO, Child and Adolescent  
Health  
Switzerland*

LaRue Seims  
*Save the Children-USA, Saving  
Newborn Lives  
USA*

Eleonore Seumo  
*AED  
USA*

Kenji Shibuya  
*WHO, Evidence for  
Information and Policy  
Switzerland*

Rick Steketee  
*PATH  
France*

Eric Swedberg  
*Save the Children-USA,  
Office of Health  
USA*

Uzma Syed  
*Save the Children-USA,  
Saving Newborn Lives  
USA*

Nancy Terreri  
*UNICEF, Health Unit  
USA*

Shyam Thapa  
*Save the Children-USA,  
Saving Newborn Lives  
USA*

Fatoumata Tony  
*Save the Children  
Mali*

Constanza Vallenias  
*WHO, Child and Adolescent  
Health  
Switzerland*

Juliana Yartey  
*WHO, Making Pregnancy  
Safer  
Switzerland*

Aoua Zerbo  
*Ministère de la Santé  
Burkina Faso*

Jeremie Zoungrana  
*JHPIEGO  
Burkina Faso*

Jelka Zupan  
*WHO, Making Pregnancy  
Safer  
Switzerland*

*Tous nos remerciements aux réviseurs de la traduction française :*

Seipati Mothebesoane-Anoh, Genevieve Begkoyian, Vincent Fauveau, Patricia Gomez, Antoine Seruflira, Hamadoun Sangho, Eleonore Seumo, Fatoumata Tony, Lalla Touré, Aoua Zerbo, Jeremie Zoungrana

# Auteurs

Tunde Adegboyega  
*WHO, Child and Adolescent Health*  
Nigeria

Seipati Mothebesoane-Anoh  
*WHO, Making Pregnancy Safer*  
Congo

Eleonor ba-Nguz  
*WHO/AFRO, Malaria Unit*  
Zimbabwe

Rajiv Bahl  
*WHO, Child and Adolescent Health*  
Switzerland

Genevieve Begkoyian  
*UNICEF, WCARO*  
Senegal

Inam Chitsike  
*WHO/AFRO, Family and Reproductive Health Division*  
Congo

Mickey Chopra  
*Medical Research Council of South Africa, Health Systems Research Unit*  
South Africa

Simon Cousens  
*London School of Hygiene and Tropical Medicine, Infectious Disease Epidemiology Unit*  
United Kingdom

Patricia Daly  
*Save the Children-USA, ACCESS*  
USA

Robert Davis  
*UNICEF, ESARO*  
Kenya

Joseph de Graft Johnson  
*Save the Children-USA, ACCESS*  
USA

Tedbab Degefie  
*Save the Children-USA, Ethiopia field office*  
Ethiopia

Vincent Fauveau  
*UNFPA, Reproductive Health Branch*  
Switzerland

Patricia Gomez  
*JHPIEGO, ACCESS*  
USA

Agnes Guyon  
*AED, Linkages*  
Ethiopia

Phanuel Habimana  
*WHO/AFRO, Child and Adolescent Health*  
Zimbabwe

Lily Kak  
*USAID, Maternal and Newborn Health*  
USA

Kate Kerber  
*BASICS*  
*Save the Children-USA, Saving Newborn Lives*  
South Africa

Tigest Ketsela  
*WHO/AFRO, Child and Adolescent Health*  
Zimbabwe

Margareta Larsson  
*WHO, Making Pregnancy Safer*  
Switzerland

Joy Lawn  
*Save the Children-USA, Saving Newborn Lives*  
South Africa

Ornella Lincetto  
*WHO, Making Pregnancy Safer*  
Switzerland

Chewe Luo  
*UNICEF, HIV/AIDS and Health*  
USA

Patricia MacDonald  
*USAID, Office of Population and Reproductive Health*  
USA

Luann Martin  
*AED, Linkages*  
USA

Jose Martinez  
*WHO, Child and Adolescent Health and Development*  
Switzerland

Andrew Mbewe  
*WHO/AFRO, Family and Reproductive Health Division*  
Congo

Gezahegn Mengiste  
*UNICEF (now retired)*

Pyande Mongi  
*WHO/AFRO, Child and Adolescent Health*  
Congo

Stephen Munjanja  
*Harare Hospital*  
Zimbabwe

Winnifred Mwebesa  
*Save the Children-USA, Office of Health*  
USA

Josephine Namboze  
*WHO/ICST/AFRO*  
Zimbabwe

Indira Narayanan  
*BASICS*  
USA

Hana Nekatebeb  
*AED, Linkages*  
Ethiopia

Maureen Norton  
*USAID, Office of Population and Reproductive Health*  
USA

Jesca Nsungwa Sabiiti  
*Uganda Ministry of Health*  
Uganda

Doyin Oluwole  
*AED/Africa 2010*  
USA

Susan Otchere  
*Save the Children-USA, Saving Newborn Lives*  
USA

Luwei Pearson  
*UNICEF, ESARO*  
Kenya

Victoria Quinn  
*AED, Linkages (Now Helen Keller International)*  
USA

Melanie Renshaw  
*UNICEF*  
USA

Magda Robalo  
*WHO/AFRO*  
Zimbabwe

Khama Rogo  
*World Bank*  
USA

Nigel Rollins  
*University of KwaZulu-Natal, Department of Paediatrics and Child Health*  
South Africa

Charles Sagoe-Moses  
*WHO/AFRO*  
Ghana

Antoine Seruflira  
*WHO/AFRO*  
Gabon

Fouzia Shafique  
*UNICEF*  
USA

Rumishael Shoo  
*UNICEF, ESARO*  
Kenya

Judith Standley  
*UNICEF*  
USA

Aboubacry Thiam  
*BASICS*  
Senegal

Anne Tinker  
*Save the Children-USA, Saving Newborn Lives*  
USA

Lalla Touré  
*UNICEF, WCARO*  
Senegal

Charlotte Warren  
*Population Council*  
Kenya

Abimbola Williams  
*UNICEF*  
Nigeria

Jos Vandelaer  
*UNICEF Health Section and WHO, Vaccines and Biologicals*  
Switzerland

Ahmadu Yakubu  
*UNICEF, ESARO*  
Kenya



## REMERCIEMENTS

### Equipe

Cette publication a été rédigée, revue et peaufinée par une équipe comprenant les partenaires suivants (par ordre alphabétique) : ACCESS ; Académie pour le Développement de l'éducation (AED) ; Africa's Health 2010 ; ACQUIRE/ EngenderHealth, BASICS ; International Pediatric Association (IPA) ; International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) ; Linkages ; Ecole d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres (LSHTM) ; Maximiser l'Accès et la Qualité (MAQ) ; Medical Research Council, Afrique du Sud ; Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile (PMNCH) ; Population Council ; Saving Newborn Lives (SNL) et Save the Children USA ; UNFPA ; UNICEF ; Université de KwaZulu-Natal, Afrique du Sud ; USAID ; Banque mondiale et OMS.

### Rédaction générale et technique

Joy Lawn (Saving Newborn Lives/Save the Children USA) et Kate Kerber (BASICS et Saving Newborn Lives/Save the Children USA), Cape Town, Afrique du Sud.

### Equipe éditoriale

Dinah Lord, Rachel Wake, Leslie Elder, Kristina Grear, Alicia Antayhua.

### Auteurs

Nous remercions avec gratitude le précieux apport d'un grand nombre d'auteurs, tel qu'indiqué à la page 246.

### Examineurs

Nous remercions avec gratitude le précieux apport d'un grand nombre d'examineurs, tel qu'indiqué à la page 245.

### Equipe de données

Kate Kerber et Joy Lawn, avec les remerciements à Luwei Pearson, Nancy Terreri, Cynthia Boschi-Pinto, Kenji Shibuya, Mie Inoue et les bureaux régionaux et nationaux en Afrique de l'UNICEF. Simon Cousens, Gary Darmstadt, Zulfiqar Bhutta et Neff Walker ont contribué les analyses sur le coût et l'impact utilisés dans cette publication. Les données de ORC Macro, enquêtes démographiques et de santé, ont été indispensables à ce rapport.

### Remerciements photos

Les remerciements photos sont donnés à la page 243.

### Coordinateurs administratifs et financiers

Sandra Kalscheur, Tanja Englberger

### Translation

Catherine Utz, Lioy Associates, Washington, DC, USA

### Maquette

Spirals, New Jersey, USA ; Language Innovations, Washington, DC, USA

### Imprimeurs

Mills Litho, Cape Town, Afrique du Sud

### Soutien financier

L'équipe éditoriale a été soutenue par Saving Newborn Lives/Save the Children US, grâce à un don de Bill & Melinda Gates Foundation, et par l'intermédiaire de BASICS, grâce à un don de l'USAID.

Le soutien financier pour la production de ce document a été accordé par l'USAID par le biais du programme ACCESS et Maximiser l'Accès et la Qualité, et par le biais du bureau Afrique de l'USAID ; Saving Newborn Lives/Save the Children US, grâce à un don de la Fondation Bill & Melinda Gates et le Département de la Santé et du Développement de l'Enfant et de l'Adolescent, OMS Genève, grâce à un don de la Fondation Bill & Melinda Gates.

### Notes

Le contenu de cette publication et les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues des organisations partenaires ou des organisations ou fondations de financement. Toutes les précautions raisonnables ont été prises pour vérifier l'information contenue dans cette publication. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe aux lecteurs. Dans aucun cas, PMNCH ou les partenaires ou auteurs ne seront tenus pour responsables des dommages découlant de son utilisation.

Les projets suivants ont contribué temps et soutien :



Droits d'auteur © 2006. Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être utilisé ou reproduit à des fins pédagogiques ou non commerciales tant que l'on fait référence au matériel accompagné d'un remerciement. Prière de faire une citation telle que suit: Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique. Joy Lawn et Kate Kerber, eds. Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile, Cape Town, 2006.

ISBN-13: 978-0-620-37695-2. ISBN-10: 0-620-37695-3



## Pourquoi ce livre a-t-il été écrit ?

Chaque année, au moins 1,16 million de nouveau-nés meurent en Afrique - et jusqu'à récemment, ces décès n'étaient pas comptés. Jusqu'à deux tiers de ces bébés pourraient être sauvés grâce à une couverture de 90 % d'interventions faisables et factuelles. Les pays savent à présent que le renforcement des soins de santé maternelle et infantile existants et l'intégration avec d'autres programmes tels que ceux de la lutte contre le paludisme et le VIH ne pourront se faire qu'en passant par la santé néonatale.

## A qui se destine ce livre ?

Mise au point par un partenariat entre des organismes des Nations Unies, des ONG, des organisations professionnelles et des individus, cette publication se veut utile à tous ceux qui sont engagés à accélérer les progrès pour sauver la vie des mères, des nouveau-nés et des enfants africains.

## Qu'apporte ce livre ?

- Une nouvelle information sur les bébés africains - où, quand et pourquoi meurent-ils ? Combien de vies pourraient être sauvées ?
- Une vue d'ensemble de la continuité des soins pour la santé maternelle, néonatale et infantile
- La situation actuelle, les possibilités et les prochaines étapes concernant le renforcement et l'intégration de la santé néonatale en neuf enveloppes et programmes clés se rapportant à la continuité des soins
- Principes et idées pour réaliser, par étapes, les interventions de santé néonatale, avec des exemples de pays
- Données sur l'état de santé, les progrès et les politiques sanitaires pour 46 pays africains

