

# **FOCALISONS NOUS SUR LE 5**

**LA SANTE DES FEMMES ET LES OMD**



## FOCALISONS NOUS SUR LE 5 LA SANTE DES FEMMES ET LES OMD

MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

De tous les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), **l'OMD 5 - Améliorer la Santé Maternelle** - est celui qui a réalisé les progrès les plus faibles. Il s'agit de l'OMD lié à la santé le moins financé.

Au niveau international, les OMD ont été largement acceptés comme représentant la voie vers l'éradication de la pauvreté. Mais une question majeure continue de faire l'objet d'une incompréhension: aucun de ces objectifs ne peut être atteint sans des progrès supplémentaires en matière de promotion des droits reproductifs des femmes et de protection de la santé maternelle et néonatale.

Ces fiches d'information permettent d'exposer les raisons pour lesquelles les décideurs doivent donner la priorité aux vies des mères et des nouveaux nés ainsi qu'à des investissements clefs qu'ils pourraient mettre en œuvre pour atteindre cet objectif. Destinés aux responsables politiques, associations de la société civile et aux défenseurs, Focalisons Nous Sur le 5 explique en détail pourquoi le monde doit miser dès maintenant sur la santé maternelle, néonatale et reproductive de même que sur les actions stratégiques nécessaires à l'amélioration des services sanitaires vitaux pour les mères et les nouveaux nés dans les pays en voie de développement.

**Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie.**

### ORGANISATIONS ADHERENTES

- Action Canada pour la Population et le Développement
- Advocates for Youth
- Center for Health and Gender Equity (CHANGE) (Centre pour la Santé et l'Égalité des Genres)
- Center for Reproductive Rights (Centre des Droits Reproductifs)
- Centre for Development and Population Activities (CEDPA) (Centre pour le Développement et les Activités pour la Population)
- EngenderHealth
- Family Care International
- Fondation Allemande pour la Population Mondiale (DSW)
- Global Health Council
- Impact
- International Center for Research on Women (Centre International de Recherche sur les Femmes)
- Communauté Internationale des Femmes vivant avec le VIH/SIDA
- Confédération Internationale des Sages-Femmes
- Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)
- International HIV/AIDS Alliance (Alliance Internationale pour le VIH/SIDA)
- Fédération Internationale pour le Planning des Naissances (IPPF)
- Ipas
- Marie Stopes International
- Pathfinder International
- Physicians for Human Rights (Médecins pour les Droits Humains)
- Population Action International
- Realizing Rights, à l'Aspen Institute
- Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
- Women and Children First (Royaume-Uni)
- Women's Refugee Commission
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights

Conçu par Les Femmes Donnent la Vie en consultation avec Family Care International et un certain nombre d'organisations non-gouvernementales, de personnes, d'entités multilatérales et d'agences des Nations Unies. Cette publication a été rendue possible grâce au généreux soutien de l'Assistance Danoise pour le Développement International (Danida) et le Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération espagnol.

Conçu par Ahlgrim Design Group



MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

## Focalisons nous sur le 5: Introduction

En 2000, 189 pays se sont engagés pour éradiquer la pauvreté extrême à travers le monde en atteignant les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'OMD 5 - Améliorer la Santé Maternelle - a fixé un objectif de réduction de la mortalité maternelle de trois quart d'ici 2015. En 2007, les leaders mondiaux ont ajouté une deuxième cible dans le cadre de l'OMD 5 : parvenir à un accès universel à la santé reproductive.

Chaque année, entre 350 000 et 500 000 filles et femmes meurent de causes liées à la grossesse. Bien que le nombre de décès diminue, les progrès ne sont pas suffisants ou pas assez rapides. Entre 15 et 20 millions de filles et femmes souffrent de morbidités maternelles chaque année<sup>1</sup>. La quasi-totalité des décès surviennent dans les pays en voie de développement ; les personnes les plus vulnérables étant les femmes pauvres. En réalité, la mortalité maternelle est à l'origine d'une des plus grandes disparités sanitaires entre les pays riches et les pays pauvres et entre les populations les plus nanties et les plus démunies dans chaque pays.

L'OMD 5 n'est pas seulement une finalité importante en soi, il s'agit d'un aspect essentiel pour atteindre les autres OMD : réduire la pauvreté, réduire la mortalité infantile, éradiquer le VIH et le SIDA, offrir une éducation, promouvoir l'égalité des sexes, assurer une nutrition adaptée, et promouvoir un environnement sain.

Nous savons ce qu'il faut faire pour améliorer la santé maternelle, néonatale et reproductive de manière significative :

- 1. Accès au planning familial** – conseils, services et fournitures
- 2. Accès aux soins de qualité pour la grossesse et l'accouchement**
  - les soins prénatals
  - l'assistance qualifiée à l'accouchement y compris les soins obstétriques d'urgence et les soins néonataux
  - les soins postnataux immédiats pour les mères et nouveaux nés
- 3. Accès à des services de soins pour l'avortement sans risques**, lorsque cela est légal (conformément au paragraphe 8.25 du Programme d'Action de la CIPD)<sup>2</sup>.

Avec une volonté politique croissante et des investissements financiers adaptés en vue de la mise en œuvre de ces stratégies, les femmes et leurs nouveaux nés peuvent survivre ce qui permettra à leurs familles, leurs communautés et à leurs nations de prospérer.



MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

## Les raisons pour lesquelles il faut agir

**Le fait de miser sur les femmes génèrera des avantages économiques et sociaux d'une portée considérable.** Chaque année, le monde perd 15 milliards de dollars en termes de productivité et ce en raison de la mortalité maternelle et néonatale. Les investissements ciblant la santé maternelle, néonatale et reproductive auront un impact majeur et durable sur le tissu économique et social des pays en voie de développement.

**La santé maternelle est un droit humain.** Les morts maternelles représentent une violation choquante des droits humains des femmes. Les gouvernements se doivent de protéger le droit des femmes à la vie, à la santé et à l'égalité ; le respect de ces droits est essentiel pour la réduction de la mortalité maternelle.

**La santé maternelle et la santé néonatale sont intimement liées.** Dans les pays pauvres, la mort d'une mère à la suite d'un accouchement est souvent synonyme de peine de mort pour son nouveau né. L'offre de soins de qualité pendant mais aussi après la grossesse et l'accouchement réduira la mortalité néonatale de manière substantielle.

**L'OMD 5 peut être atteint – mais la volonté politique et les investissements financiers sont impérieusement nécessaires.** L'offre d'un large éventail de services essentiels à l'amélioration significative en matière de santé est estimée à 1.50\$ par personne dans les 75 pays où 95% des cas de mortalité maternelle surviennent. L'investissement financier et la volonté politique de procéder aux investissements contribueront à une évolution favorable vers l'OMD 5, et à chacun leur tour, l'ensemble des OMD.

**Nous savons ce qu'il faut faire: des stratégies sanitaires rentables sauvent les vies des femmes et des nouveaux nés.** La grande majorité des décès maternels et néonataux peut être prévenue par le biais de mesures simples et rentables. Les complications sont fréquentes lors des grossesses et accouchement, mais elles sont imprévisibles.

## Le plan d'action

Les gouvernements et la communauté internationale doivent s'engager en faveur des actions suivantes qui sont nécessaires pour fournir des services de base à toutes les femmes dans les pays en voie de développement et pour atteindre l'OMD 5 d'ici 2015 :

**Accroître les investissements en matière de santé maternelle, néonatale et reproductive par rapport aux niveaux actuels de financement d'au moins 12 milliards de dollars supplémentaires en 2010, avec une augmentation annuelle de 20 milliards de dollars supplémentaires en 2015<sup>3</sup>.**

**Renforcer les systèmes de santé** pour maintenir et augmenter des interventions sanitaires essentielles et faire face aux lacunes les plus importantes y compris 2.5 millions de professionnels de la santé (sages-femmes, infirmières, médecins) et 1 million de travailleurs communautaires de la santé d'ici 2015<sup>4</sup>.

**Renforcer les programmes et institutions de santé maternelle, néonatale et reproductive** et faire en sorte que les informations et services soient disponibles et sensibles mais aussi respectueux des femmes, en particulier les femmes pauvres et marginalisées.

**Développer des mécanismes de suivi et de responsabilisation** ainsi que des canaux pour l'engagement communautaire faisant face à des obstacles d'ordre socio-économique, politique et culturel représentant une entrave pour les soins de santé maternelle et néonatale, et aider à améliorer les politiques et programmes.

### NOTES

- 1 <http://www.prb.org/pdf/hiddensufferingeng.pdf>
- 2 Paragraphe 8.25: « En aucun cas, l'avortement ne peut être promu comme méthode de planning familial... La prévention des grossesses non désirées doit toujours être une haute priorité et il faut tout essayer pour éliminer le besoin de recourir à l'avortement... Dans les cas où l'avortement n'est pas illégal, il ne doit pas présenter de risques. Dans tous les cas de figure, les femmes doivent avoir accès à des services de qualité pour la gestion des complications causées par l'avortement... »
- 3 Singh S et al., Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, (Faire le bilan : Les coûts et les avantages du planning familial et de la santé maternelle et néonatale) New York: Institut Guttmacher et Fonds des Nations pour la Population, 2009.
- 4 Consensus pour la Santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant, 2009. The Maternal, Newborn, and Child Health Consensus, 2009.



MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

## L'investissement dans les femmes générera des avantages économiques et sociaux à grande portée.

**Des femmes en meilleure santé, mieux éduquées sont plus productives d'un point de vue économique.** Elles contribuent à la bonne santé des enfants, à la solidité des familles et des communautés mais aussi au renforcement de la productivité des nations. Des investissements ciblés en matière de santé maternelle, néonatale et reproductive permettent aux femmes et aux nouveaux nés d'être en meilleure santé, et à terme, ils auront un impact fort et durable sur le tissu économique et social des pays en voie de développement.

### **LES FEMMES EN BONNE SANTE CONTRIBUENT AU BIEN-ETRE DE LEURS FAMILLES, COMMUNAUTES, ET NATIONS.**

Les revenus d'une femme ont plus de chances d'être consacrés à des questions liées à la nourriture, à l'éducation, à la médecine et d'autres besoins familiaux que ceux d'un homme,<sup>1</sup> et dans beaucoup de pays, les femmes prennent des décisions importantes concernant la cellule familiale sur la nourriture, les soins de santé et l'utilisation des ressources. Les soins d'une femme sont souvent essentiels pour maintenir ses enfants en vie.

Lorsqu'une femme meurt ou tombe malade, ses enfants sont davantage susceptibles de quitter l'école, d'avoir des problèmes de santé voire de mourir. Sa famille et sa communauté sont donc privées de son travail et de ses revenus.

Par conséquent, beaucoup de vies sont sauvées – et les revenus nationaux augmentent – quand les femmes ont accès à des soins de santé de qualité dispensés par des prestataires durant le travail, l'accouchement,

et après l'accouchement. Et les femmes qui sont en mesure de planifier le moment où elles auront des enfants, ont plus de choix, elles ont moins de problèmes de santé et financiers. Par ailleurs, elles ne sont pas contraintes de prendre des décisions douloureuses (telles que celles de savoir s'il faut affecter leurs maigres ressources à la nourriture ou à la scolarité) qui peuvent porter préjudice à leurs enfants surtout à leurs filles.

### **L'INVESTISSEMENT DANS LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE EST RENTABLE.**

Les recherches ont démontré que les soins prénatals et obstétriques de qualité représentent des interventions rentables : l'offre d'une gamme de services de base dans les 75 pays où la plupart des décès maternels ont lieu, est estimée à moins de 1.50\$ par personne<sup>2</sup>.

### **LE RETOUR SUR INVESTISSEMENT EST ENORME.**

La santé maternelle et néonatale a un impact majeur sur la productivité économique : en 2001, l'Agence Américaine pour le Développement International a



## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

évalué l'impact économique de la mortalité maternelle et néonatale à 15 milliards de dollars de perte en termes de productivité chaque année<sup>3</sup>.

Les investissements dans la santé maternelle, néonatale et reproductive améliorent également d'autres services de santé. La fourniture d'équipements, d'infrastructures et l'offre de formations pour les services obstétriques d'urgence, par exemple, permet également d'assurer des interventions chirurgicales et des transfusions sanguines en cas d'accident ou d'autres types d'urgence. De même, les femmes qui ont recours aux services de santé maternelle sont plus susceptibles de profiter d'autres services de santé reproductive, y compris le planning familial ainsi que les tests et traitements du VIH et SIDA. De plus, les services de planning familial réduisent le taux de grossesses non désirées, ce qui conduit à la baisse du nombre d'avortements à risques, ce qui réduit les coûts liés aux soins de santé.

### **L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ MATERNELLE, NEONATALE ET REPRODUCTIVE EST ESSENTIELLE POUR RÉALISER LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT.**

La pauvreté est une cause de maladie incessante et accablante dans les pays en voie de développement ; et le mauvais état de santé tend à confiner davantage les femmes et leurs familles dans la pauvreté.

L'OMD 5 – L'amélioration de la Santé Maternelle – est au cœur des OMD car la réalisation de cet objectif est essentielle pour atteindre les OMD et éradiquer la pauvreté. Les changements de politiques et de programmes nécessaires pour atteindre l'OMD 5 soutiendront directement les autres OMD, en responsabilisant les femmes, en réduisant la mortalité infantile, en facilitant les progrès dans la lutte contre le VIH et d'autres maladies, en soutenant l'écologie et enfin en aidant à réduire la pauvreté et à établir une éducation primaire universelle.

#### NOTES

- 1 Jowett M. "Safe Motherhood interventions in low income countries: an economic justification and evidence of cost-effectiveness." (« Les interventions pour la maternité sans risques dans les pays à faible revenu : une justification économique et preuve de la rentabilité. ») Health Policy 53(3):201-28. 2000.
- 2 « Rapport sur la santé dans le monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant » OMS (2005).
- 3 Agence Américaine pour le Développement International, Congressional Budget Justification FY2002: Program, Performance, and Prospects - The Global Health Pillar. (Justification du Budget Parlementaire pour l'année fiscale 2002 : Programme, Performances et Perspectives – Le Pilier de la Santé) Globale.[http://www.usaid.gov/pubs/cbj2002/prog\\_perf2002.html](http://www.usaid.gov/pubs/cbj2002/prog_perf2002.html). Tel que cité dans Gill K., et al Women Deliver for Development, Background Paper for the Women Deliver conference. (Les Femmes Donnent la Vie pour le Développement, document de travail pour la conférence Les Femmes Donnent la Vie). FCI et ICRW, 2007.

**Les progrès en faveur de l'OMD 5 sont possibles - nous savons ce qu'il faut faire. Nous en connaissons le coût et malheureusement, nous avons conscience du coût de l'inaction.**

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)

[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)



MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

## La santé maternelle est un droit humain.

**Le droit de toutes les femmes à des soins de santé de qualité doit être assuré pour prévenir les morts et les blessures évitables.** Les soins de santé maternelle doivent être disponibles, accessibles et de haute qualité ; l'incapacité à fournir de tels soins constitue une violation des droits des femmes à la vie, à la santé, à l'égalité et à la non-discrimination. Les femmes ont également le droit de prendre des décisions informées et volontaires en fonction d'informations précises ; pour prévenir les grossesses non désirées ; ne pas être confrontées à la discrimination et à la violence fondée sur le genre ; avoir accès à la prévention, au traitement et soins du VIH et du SIDA et participer à la planification et à la mise en œuvre des politiques sanitaires qui sont essentielles pour rendre la grossesse et l'accouchement plus sûrs.

### **TOUTES LES FEMMES ONT DROIT AUX SOINS DONT ELLES ONT BESOIN POUR SURVIVRE A LA GROSSESSE ET A L'ACCOUCHEMENT.**

L'incapacité à respecter les droits humains des femmes a entraîné de grandes disparités en matière de mortalité maternelle à travers le monde et dans les pays. Au Canada, où l'éducation, le planning familial et les services de soins sanitaires sont largement disponibles pour tous, une femme sur 11 000 meurt des suites des complications liées à une grossesse ou à un accouchement. La situation est tout à fait différente au Niger où la pauvreté et un système de santé chaotique s'ajoutent à un taux de fertilité élevé : dans ce pays, les causes liées à la grossesse tuent une femme sur sept<sup>1</sup>.

Dans tous les pays, les femmes vivant en milieu rural, d'origine indigène et pauvres, de même que les femmes

### **TRAITÉS SUR LES DROITS HUMAINS FAISANT RÉFÉRENCE AU DROIT À LA SANTÉ**

- Charte des Nations Unies
- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
- Pacte International Relatif aux Droits économiques, sociaux et culturels
- Convention pour l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes



## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

vivant dans des zones en proie à des conflits, sont confrontés aux risques les plus importants. Les femmes vivant avec le VIH courent le risque le plus élevé par rapport à la mortalité maternelle.

### RESPECTER, PROTEGER ET PRESERVER LA SANTE DES FEMMES.

Les gouvernements ont l'obligation d'agir pour prévenir les morts maternelles qui représentent une violation flagrante des droits humains fondamentaux des femmes<sup>2</sup>. Plusieurs traités établissent l'obligation de l'État de respecter, protéger et préserver les droits humains des femmes. Parmi ces droits figurent le droit au niveau de santé le plus élevé possible ainsi que quatre éléments liés et essentiels : les marchandises, les services, les structures ainsi que les conditions nécessaires au respect de ce droit. Ces éléments doivent être disponibles pour tous, accessibles pour tous sans discrimination, acceptables et de bonne qualité. Les organismes supervisant les traités ont explicitement reconnu la mortalité maternelle comme une violation du droit à la vie<sup>3,4</sup>. Lorsque les droits humains ont été violés, les individus et les organisations se sont tournées vers les tribunaux aux niveaux national, régional et des Nations Unies.

#### NOTES

- 1 Gill K et al, Women Deliver for Development, Background Paper to the Women Deliver Conference, (Les Femmes Donnent la Vie pour le Développement, document de travail pour la conférence Les Femmes Donnent la Vie). FCI et ICRW, 2007.
- 2 Center for Reproductive Rights (Centre des Droits Reproductifs), *Using the Millennium Development Goals to Realize Women's Reproductive Rights* (Utiliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement), Septembre 2008, page 12.
- 3 Haut-commissariat aux Droits de l'Homme, "What are human rights?" (Qu'est-ce-que les Droits Humain ?) <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>, 2008.
- 4 Comité des Droits Economiques, Sociaux et Culturels, Commentaire Général 14, The rights to the highest attainable standard of health,

## Sandesh Bansal contre l'Union indienne et Autres

**Une personne militant pour la santé publique a intenté une action de justice contre l'état de Madhya Pradesh en raison du nombre stupéfiant de femmes, vivant dans cet état, qui meurent durant leur grossesse et leur accouchement.** Ce procès d'intérêt public a été intenté par Sandesh Bansal, le coordinateur de Jan Adhikar Manch, un réseau local d'ONG spécialisées dans les questions de santé. Monsieur Bansal soutient que le gouvernement de Madhya Pradesh n'a pas été capable de mettre en œuvre les mesures de santé maternelle dans cet état. Il a demandé au tribunal d'ordonner au gouvernement de l'état de créer des structures sanitaires là où cela s'avérait nécessaire et de faire en sorte qu'ils soient totalement fonctionnels, garantir que personne ne soit privé de services de santé gratuit ; et créer un mécanisme de surveillance pour identifier et examiner les morts maternelles<sup>5</sup>.

(Les droits au niveau le plus élevé de santé) ONU. Doc. E/C. 12/2000/4 (2000), au paragraphe 12. <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>

- 5 Center for Reproductive Rights (Centre des Droits Reproductifs). India activist sues state for neglecting maternal mortality. (Un militant indien poursuit un état en justice pour négligence de la mortalité maternelle). <http://reproductiverights.org/en/press-room/indian-activist-sues-state-for-neglecting-maternal-mortality>. Consulté le 25 juin 2009.

**Adapté de "A Call to Global Leaders on Maternal Health as a Human Right," (Un appel lancé aux Leaders Mondiaux pour la Santé Maternelle comme Droit Humain, Septembre 2008).**

**L'OMD 5 est réalisable  
si nous plaçons les femmes au cœur  
de la solution du problème.**

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)

[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)





MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

## La santé maternelle et la santé néonatale sont intimement liées.\*

**La santé des nouveaux nés est inextricablement liée à celle de leurs mères.** L'offre de soins de qualité pendant mais aussi après la grossesse et l'accouchement réduira la mortalité néonatale de manière substantielle. L'OMD 4 – Réduire la Mortalité Infantile – fixe l'objectif de réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans de deux tiers d'ici 2015.

### **PRES DE QUATRE MILLIONS DE NOUVEAUX NES MEURENT CHAQUE ANNEE.**

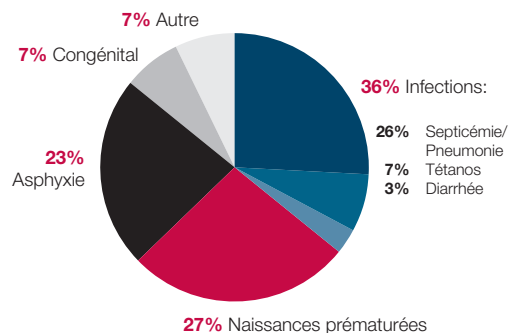
Plus de 10 000 nouveaux nés meurent chaque jour ; près de quatre millions meurent chaque année. De plus, 3,2 millions de bébés sont mort-nés dont un tiers meurent pendant le travail. Beaucoup de nourrissons meurent à la maison sans bénéficier de soins de santé, sans être enregistrés et sont de fait inconnus de tous sauf de leurs familles.

Près des trois quarts de l'ensemble des morts néonatales surviennent en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne ; 15 des 20 pays ayant le taux de mortalité néonatale le plus élevé se trouvent en Afrique. Dans ces pays, les moyennes nationales masquent des disparités internes substantielles : presque partout dans le monde en voie de développement, les familles les plus pauvres ont un accès très limité aux soins, par conséquent, leurs nouveaux nés sont soumis aux risques les plus importants.

### **LA PLUPART DES MORTS DE NOUVEAUX NES SONT EVITABLES.**

**Les trois principales causes directes de morts néonatales<sup>1</sup> :**

1. Des infections telles que la septicémie, la pneumonie, le tétanos et la diarrhée sont à l'origine de plus d'un tiers (36%) de morts néonatales à travers le monde.
2. Les naissances prématurées causent 27% des morts néonatales.
3. L'asphyxie néonatale – absence de respiration à la naissance – cause 23% des morts néonatales.





## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

La naissance et les 24 premières heures de vie représentent le risque de décès le plus élevé pour une mère et son nouveau né, et pourtant la couverture en termes de soins est la plus faible.

Trois quarts des quatre millions de morts néonatales survenant chaque année ont lieu durant la première semaine de vie, le premier jour étant celui où les risques sont les plus élevés. Pour les mères, les risques de décès et de maladie sont également les plus élevés à la naissance et pendant la période post-partum.

### LES PREMIERS SOINS POSTNATALS PEUVENT PERMETTRE D'ÉVITER DES MORTS MATERNELLES ET NEONATALES.

Un retard même de quelques heures, peut faire la différence entre la vie et la mort pour un bébé souffrant de septicémie néonatale ou pour une mère souffrant d'hémorragie post-partum. Etant donné que divers facteurs – y compris la distance par rapport à la structure de santé, les frais de service et les traditions culturelles – contribuent à une faible utilisation des services de soins post-partum, il est important d'atteindre les mères et les nouveaux nés avec des soins postnataux abordables au domicile ou près du domicile. Par le biais de ces services, les femmes peuvent apprendre à

administrer des soins à elle-même et à leurs bébés mais elles peuvent aussi reconnaître les signes de complication, et peuvent être référées vers une structure sanitaire si des soins plus approfondis sont nécessaires.

### LA PREVENTION DE GROSSESSES TROP PRECOCES PEUT PERMETTRE D'ÉVITER LES MORTS MATERNELLES ET NEONATALES.

L'accès au planning familial est important pour la prévention des risques liés à des grossesses trop précoces y compris le risque accru de mort maternelle et de mort néonatale. Les nourrissons nés de mères adolescentes sont plus susceptibles de mourir avant leur premier anniversaire que les nourrissons nés de mères âgées de 23 à 29 ans<sup>2</sup>.

#### NOTES

- 1 Lawn, J.E., Cousens, S. et Zupan, J. pour The Lancet Neonatal Survival Steering Team. (L'équipe de pilotage sur la Survie Néonatale de Lancet) (2005) 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? (4 millions de morts néonatales : Quand ? Où ? Pourquoi ?) *The Lancet Neonatal Survival Series*. Publié en ligne le 3 mars 2005. <http://image.thelancet.com/extras/05art1073web.pdf>
- 2 Phipps MG et al. Young maternal age associated with increased risk of neonatal death. (L'âge maternel jeune lié au risque accru de mort néonatale). *Obstetrics & Gynecology*, 2002; 100:481-486.

\* Préparé par: Save the Children USA/Programme Saving Newborn Lives (Sauver les Vies des Nouveaux Nés)

**La survie maternelle est essentielle pour tenir la promesse de l'OMD 4, et sauver les vies de millions de nouveaux nés.**



588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100  
[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)  
[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)



MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

## L'OMD 5 est à notre portée - mais seulement si la communauté internationale et les gouvernements nationaux font des investissements dès maintenant.

### **Les progrès réalisés en matière de santé maternelle sont bien trop lents.**

Le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon a fait remarquer que l'OMD 5 « est l'OMD dont la progression est la plus faible » et il est loin de pouvoir atteindre ses objectifs d'ici 2015<sup>1</sup>. Beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud ont réalisé de faibles progrès au cours de ces dernières années ; certains ont même perdu du terrain. Globalement, le taux de décès dû à une grossesse et à un accouchement a baissé entre 1990 et 2005 de seulement 1% par an. Afin de revenir sur de bons rails pour atteindre l'OMD 5, un taux annuel de 5.5% de baisse est nécessaire de 2005 à 2015<sup>2</sup>.

Le Secrétaire général a appelé de ses vœux un effort global pour faire face aux besoins en matière de santé maternelle dans les pays en voie de développement, y compris le manque de professionnels de la santé et il a exhorté les pays bailleurs de fonds à augmenter le financement à des niveaux pouvant permettre de fournir des services de base nécessaires pour réaliser l'OMD 5.



## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

### LA CRISE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

En Afrique subsaharienne, trente six pays sont victimes de graves manques d'effectifs dans le domaine de la santé. Au moins 2,3 prestataires formés pour 1 000 personnes sont nécessaires pour prendre en charge 80% de la population avec l'assistance qualifiée à l'accouchement ainsi que les vaccinations des enfants.<sup>3</sup>

### L'INVESTISSEMENT DANS LA SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET REPRODUCTIVE FERA LA DIFFERENCE.

Nous savons quelles interventions sanitaires de base contribueront à réduire la mortalité maternelle dans les pays pauvres mais l'élément manquant reste l'argent. Les investissements financiers dans la santé maternelle, néonatale et reproductive – et la volonté politique de procéder à ces investissements – permettront de progresser en vue de l'OMD 5. L'OMD 5 n'est pas suffisamment financé. En 2006, les aides versées par les bailleurs de fonds pour la santé maternelle et néonatale étaient seulement d'un montant de 1,2 milliard de dollars à travers le monde ; les investissements dans le domaine du planning familial ont également baissé au cours de ces dernières années, et ils sont descendus en deçà de 400 millions en 2006. Cela représente moins de la moitié de l'assistance requise pour aboutir à de véritables progrès<sup>4</sup>.

Pour atteindre l'OMD 5 d'ici 2015, des investissements internationaux supplémentaires seront nécessaires et ils devront être d'au moins 10 milliards de dollars par an en ce qui concerne la santé maternelle, néonatale et reproductive d'ici 2010 et 20 milliards de dollars supplémentaires chaque année d'ici 2015. Outre les investissements croissants en matière de développement, les pays en voie de développement ont besoin d'engagements coordonnés, prévisibles et sur le long-terme afin de planifier et mettre en œuvre de façon efficace les améliorations en termes de systèmes et services de soins sanitaires<sup>5</sup>.

### OBJECTIF DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT 5: AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

#### CIBLE 5A :

Réduire la mortalité maternelle de trois quarts

#### Indicateurs :

- Ratio de mortalité maternelle
- Pourcentage de naissances assistées par un agent qualifié

#### CIBLE 5B :

Atteindre, d'ici 2015, l'accès universel à la santé reproductive

#### Indicateurs :

- Taux de prévalence de la contraception
- Taux de naissance pour les mères adolescentes
- Couverture en soins prénatals
- Besoin non satisfait en matière de planification familiale



## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

### INDICATEURS LA MORTALITE MATERNELLE

Région	Pays	Revenu National Brut per capita (2005) (US\$) <sup>6</sup>	Ratio de Mortalité Maternelle (2005) (Morts Maternelles pour 100 000 naissances vivantes) <sup>7</sup>
Afrique	Rwanda	260	1300
	Mozambique	300	520
Moyen Orient	Maroc	1.885	240
	Egypte	1.370	130
Amérique latine & Caraïbes	Bolivie	1.010	290
	Nicaragua	870	170
Asie	Pakistan	820	320
	Vietnam	610	150
Europe	Estonie	9.970	25
	France	34.290	10
Amérique du Nord	Etats-Unis	41.490	11
	Canada	34.540	7

### AVEC LA VOLONTE ET LES INVESTISSEMENTS POLITIQUES, LES PAYS PEUVENT REALISER DE VERITABLES PROGRES.

En engageant les investissements politiques et financiers nécessaires, un certain nombre de pays ont montré – comme les pays développés l'ont fait il y a des dizaines d'années – que les progrès en termes de réduction des morts maternelles sont faisables et réalisables. Le Sri Lanka et le Vietnam par exemple, sont parvenus à faire baisser la mortalité maternelle de manière significative en dépit de revenus per capita aussi faibles que ceux du Yémen et de la Côte d'Ivoire où les morts maternelles demeurent très élevées. Et en reconnaissant le potentiel humain et économique des femmes, en effectuant les

investissements nécessaires, plusieurs autres pays – y compris l'Egypte, le Honduras, la Malaisie et la Thaïlande – ont réduit leurs niveaux de mortalité maternelle de 50% voire plus.

Les niveaux de mortalité maternelle varient grandement, même dans les pays ayant des revenus per capita similaires. Plusieurs acteurs jouent un rôle pour déterminer les chances d'une femme de survivre, le statut social des femmes et les pratiques traditionnelles en matière de santé, par exemple, parallèlement à la stabilité politique et le conflit militaire. Cependant, l'engagement politique est essentiel pour s'assurer que les femmes du monde entier aient des grossesses et des accouchements plus sûrs.



## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

### NOTES

- 1 9 juillet 2008, "G-8 Commitment to Maternal and Reproductive Health is a Welcome Boost to Poor Women Worldwide, says UNFPA." (L'UNFPA déclare que l'engagement du G8 en faveur de la Santé Maternelle et Reproductive est un signe d'encouragement pour les Femmes Pauvres à travers le Monde).
- 2 Hill K et al. "Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data." (Estimations de la mortalité maternelle à travers le monde entre 1990 et 2005 : une évaluation des données disponibles. » *The Lancet*, 13-19 Octobre 13-19 2007, 370 (9555):1311-1319.
- 3 Organisation mondiale de la Santé, La pénurie des personnels de santé et ses effets, Aide Mémoire N°302, avril 2006.
- 4 UNFPA/NIDI. 2008. "Table 5A. Final Donor Expenditures for Population Assistance by Category of Population Activity, 1996-2006." (Donations pour l'Assistance envers les Populations par Catégories d'Activité, 1996-2006. » Financial Resource Flows for Population Activity in 2006. (Flux des Ressources Financières pour les Activités de Population). New York, UNFPA.
- 5 Singh S et al., Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, (Faire le bilan : Les coûts et les avantages du planning familial et de la santé maternelle et néonatale) New York: Institut Guttmacher et Fonds des Nations pour la Population, 2009.
- 6 Countdown to 2015 MNCH: The 2008 Report Tracking Progress in Maternal, Newborn, and Child Survival. (Compte à Rebours pour 2015 Santé Maternelle, Néonatale et Infantile : Rapport sur les Progrès en matière de Survie Maternelle, Néonatale et Infantile) 2008: UNICEF.
- 7 UNdata, New York, NY: Division des Statistiques des Nations Unies.
- 8 *Mortalité maternelle en 2005 : Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

**L'OMD 5 est à notre portée -  
mais seulement si la communauté  
internationale et les gouvernements  
nationaux font des investissements  
dès maintenant.**

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)

[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)



MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

## Nous savons ce qu'il faut faire : les stratégies sanitaires rentables sauvent les vies des femmes.

**Les complications liées à une grossesse ou un accouchement figurent parmi les principales causes de mort chez les femmes des pays en voie de développement.** Les complications sont imprévisibles mais particulièrement communes. Parmi les 210 millions de grossesses estimées chaque année, 8 millions donnent lieu à des complications graves pour les femmes<sup>1</sup>.

Lorsqu'il est question de mort maternelle, les jeunes filles sont plus à risque par rapport aux complications liées à la grossesse. Chaque année, environ 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans donnent la vie et les complications dues à la grossesse représentent la principale cause de décès pour ces jeunes femmes dans les pays en voie de développement<sup>2,3</sup>. Les jeunes femmes sont souvent confrontées à des obstacles majeurs en matière d'accès aux contraceptifs et aux services de planning familial y compris les connaissances insuffisantes quant aux méthodes modernes. De plus, le personnel de santé dissuade les jeunes non mariés d'utiliser des méthodes de contraception<sup>4</sup>.

En général, lorsque les systèmes de santé fonctionnent et les soins de qualité sont mis à disposition de toutes les femmes, les complications sont à la fois évitées et soignées et les morts maternelles sont évitées. Par conséquent, la mortalité maternelle constitue un des meilleurs indicateurs du mode de fonctionnement d'un système de santé.



## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

**Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie.  
Et pourtant les femmes continuent à mourir de causes évitables et ce, dans des proportions inacceptables.**

### TROIS STRATEGIES ESSENTIELLES AMELIorent LES RESULTATS.

Bien qu'il n'y ait pas de formule magique pour résoudre tous les problèmes de santé maternelle, la grande majorité des morts maternelles peuvent être évitées grâce à de simples mesures rentables, qui peuvent être mises en œuvre même lorsque les ressources sont rares.

Les principales stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité pour améliorer la santé maternelle et néonatale sont:

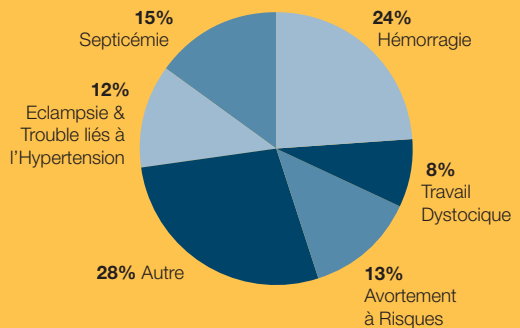
- 1. L'accès à la planification familiale** – conseils, services, fournitures
- 2. L'accès à des soins de qualité pour la grossesse et l'accouchement**
  - soins prénatals
  - assistance qualifiée à l'accouchement y compris les soins obstétriques et prénatals
  - soins postnatals immédiats pour les mères et les nouveaux nés
- 3. L'accès à des services d'avortement sans risques**, lorsque cela est légal (conformément au paragraphe 8.25 du Programme d'Action pour la CIPD)

### LES SYSTEMES DE SANTE QUI FONCTIONNENT PEUVENT APPORTER DES SOLUTIONS PRACTIQUES AUX CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE.

Un système de santé qui fonctionne, avec un personnel bien formé et motivé, peut offrir des services sanitaires efficaces, sains et de haute qualité à tout type de population. L'accès universel aux soins de santé de qualité – fournis dans des structures sanitaires disposant d'agents qualifiés ; approvisionnés en médicaments de base, méthodes de contraception et fournitures de santé reproductive et équipés pour fournir toute une gamme de services de base – permet de prévenir les morts et maladies maternelles et néonatales.

## Pourquoi les femmes meurent ?

Dans les pays en voie de développement, cinq causes sont responsables de près des trois quarts de l'ensemble des morts maternelles.



**AUTRES: VIH, tuberculose, anémie, accidents, meurtres, suicides**  
Ronsmans C et Graham WJ au nom de L'équipe de pilotage sur la Survie Néonatale de Lancet, "Maternal mortality: who, when, where, and why." (4 millions de morts néonatales : Quand ? Où ? Pourquoi?)  
*The Lancet*, Maternal Survival, Septembre 2006.

**Quatre millions de nouveaux nés meurent également chaque année, principalement en raison du mauvais état de santé de leurs mères ou des soins inadaptés administrés dans les heures, jours et semaines qui suivent l'accouchement.**





## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

**Les interventions suivantes ont fait la preuve de prévenir ou de traiter de manière efficace les principales causes de mort maternelle :**

**L'HEMORRAGIE** est une perte de sang excessive ou un écoulement de sang anormal.

**Solution pratique:**

- **Oxytocine et Misoprostol**

Ces médicaments peuvent prévenir ou arrêter les saignements durant et immédiatement après l'accouchement. Les assistants qualifiés doivent être formés pour les administrer et ils doivent apprendre d'autres techniques pour arrêter les hémorragies postpartum telles que les tractions contrôlées du cordon et le massage utérin<sup>5, 6, 7</sup>.

**LE TRAVAIL DYSTOCIQUE** survient lorsque le fœtus ne peut passer par la filière pelvigénitale. Il est en général courant chez les jeunes filles dont les corps ne sont pas matures et les femmes dont les bassins ne sont pas formés en raison de la malnutrition<sup>8</sup>.

**Solution pratique:**

- **Césarienne**

Les assistants qualifiés doivent être formés pour procéder à ce type d'intervention chirurgicale – l'accouchement par l'incision de la paroi abdominale et l'utérus – pour assurer un accouchement sûr lorsque l'accouchement dystocique ou d'autres complications rendent l'accouchement par voie naturelle impossible ou risqué pour la mère et le bébé<sup>9</sup>.

**L'AVORTEMENT A RISQUE** est l'interruption d'une grossesse non désirée par une personne dépourvue des compétences nécessaires ou dans un environnement insalubre. Chaque année, environ 20 millions d'avortements à risques ont lieu<sup>10</sup>.

**Solution pratique:**

- **Planning familial**

Les informations relatives au planning familial ainsi que l'accès à la contraception et aux fournitures de santé reproductive sont nécessaires afin de prévenir les grossesses non désirées et non planifiées, ce qui conduit souvent à des avortements à risques.

- **Avortement sans risques**

Les services de santé reproductive efficaces comprennent l'avortement sans risques, lorsque celui-ci est légal, est une interruption de grossesse non désirée. Les avortements sans risques sont effectués par des agents qualifiés qui utilisent des techniques adaptées (y compris l'avortement thérapeutique et l'aspiration par ventouse) dans des conditions sanitaires acceptables<sup>11</sup>.

- **Soins post-avortement**

Les soins post-avortement comprennent le traitement d'urgence des complications dues à un avortement spontané ou provoqué, les conseils et fournitures en matière de planning familial ainsi que le suivi et les références vers d'autres services de santé reproductive.

**LA SEPTICEMIE** est une infection grave, très courante durant la période post-partum.

**Solution pratique:**

- **Antibiotiques**

Un accouchement hygiénique et des soins post-partum dans une structure de santé, peuvent généralement prévenir l'infection chez les mères et les nouveaux nés. Etant donné que l'infection reste une des principales causes de la mortalité maternelle et infantile, l'accès aux antibiotiques est essentiel pour améliorer la santé maternelle et néonatale.

**L'ECLAMPSIE ET LES TROUBLES DE**

**L'HYPERTENSION** sont des complications liées à la tension artérielle pouvant causer des convulsions voire la mort chez les femmes enceintes avant, pendant ou après l'accouchement<sup>12</sup>.

**Solution pratique:**

- **Sulfate de magnésium**

Les assistants qualifiés doivent être formés à l'utilisation du sulfate de magnésium, un médicament efficace, sûr et peu coûteux qui limite le risque d'éclampsie (convulsions) et de mort maternelle causée par l'hypertension durant la grossesse.



## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

### NOTES

- 1 Kamrul Islam, M., *The Costs of Maternal-Newborn Illness and Mortality*, (Les Coûts des Maladies et de la Mortalité Maternelle-Néonatale) Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006, p. 7.
- 2 OMS. Adolescent Pregnancy (Grossesse Adolescente), dans Notes MPS. Organisation Mondiale de la Santé: Genève, 2008.
- 3 UNFPA, Etat de la Population Mondiale, 2004.
- 4 Youth Coalition, *Young People and Universal Access to Reproductive Health*, (Les Jeunes et l'Accès Universel à la Santé Reproductive), 2009.
- 5 Nordstrom L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Rydhstroem H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomized trial. (Oxytocine durant la troisième phase du travail : un essai clinique aléatoire.) Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:781-6.
- 6 Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, Geller SE, Naik V, Bellad MB, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomized controlled trial. (Misoprostol oral dans la prévention de l'hémorragie postpartum dans les communautés pauvres) *The Lancet* 2006; 368:1248-5.
- 7 Confédération Internationale des Sages-Femmes et Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique. Joint Statement: management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. (Déclaration conjointe : gestion de la troisième étape du travail pour prévenir l'hémorragie postpartum). 2003.
- 8 Kwast BE. 1991b. Puerperal sepsis: its contribution to maternal mortality. (Septicémie puerpérale : cause de mortalité maternelle). *Midwifery* 7(3):102-106.
- 9 Medline Plus, Medical Encyclopedia, <http://www.nlm.nih.gov/medline-plus/ency/article/002911.htm#Definition>
- 10 Organisation Mondiale de la Santé, Avortement Médicalisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, Genève, 2003.
- 11 Organisation Mondiale de la Santé, Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, (Avortement à Risques: Estimations globales et régionales de l'incidence de l'avortement à risques et de la mortalité subséquente en 2003), 5<sup>e</sup> édition. Genève, 2007.
- 12 Khan KS. Sulfate de Magnésium et autres anticonvulsivants chez les femmes présentant une prééclampsie, Commentaire de BSG, (Révisé le 8 septembre 2003). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

**L'accès à ces solutions pratiques peut sauver les vies d'un nombre incalculable de mères et de nouveaux nés et aider à tenir la promesse de l'OMD 5.**

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)

[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)



MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

## Le Plan d'Action

Pour sauver les vies des mères et nouveaux nés et atteindre l'OMD 5, il faudra des investissements dans des systèmes sanitaires de haute qualité pouvant offrir aux femmes et aux familles les services de base dont ils ont besoin pour éviter des problèmes pendant la grossesse et l'accouchement et traiter les complications qui se développent.

Nous lançons un appel aux gouvernements et à la communauté internationale afin qu'ils s'engagent à entreprendre les actions suivantes nécessaires à l'offre des services de base à l'ensemble des femmes et à atteindre l'OMD 5 d'ici 2015 :

- **Accroître les investissements en matière de santé maternelle, néonatale et reproductive** par rapport aux niveaux de financements actuels d'au moins 12 milliards de dollars supplémentaires en 2010, en les augmentant chaque année de 20 milliards de dollars en 2015<sup>1</sup>.
- **Renforcer les systèmes de santé** pour maintenir et développer les interventions sanitaires de base et faire face à des lacunes majeures. Cela inclut l'augmentation du nombre de professionnels de la santé et de responsables de 2,5 millions d'ici 2015<sup>2</sup>.
- **Renforcer les programmes et institutions de santé maternelle, néonatale et reproductive** et faire en sorte que les informations et services soient sensibles et respectueux envers les femmes, surtout les femmes pauvres et marginalisées.
- **Développer les mécanismes de suivi et de responsabilisation** qui font face à aux obstacles d'ordre socio-économique, politique et culturel représentant une entrave pour les soins maternels et néonataux, afin d'améliorer les politiques et programmes.

**Ces étapes urgentes permettront de disposer** de ressources financières et humaines pour mettre en œuvre trois stratégies fondamentales qui se sont avérées efficaces pour améliorer la santé maternelle et sauver des vies:

**1. Accès à la planification familiale y compris:**

- **les conseils** pour aider à assurer un choix, un bon usage et une satisfaction par rapport à une méthode de contraception
- **les services** pour empêcher ou retarder volontairement la grossesse
- **les fournitures** telles que les médicaments ou dispositifs contraceptifs



## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

Lorsque, dans chaque pays, toutes les femmes et tous les nouveaux nés bénéficieront de ces trois stratégies essentielles de santé maternelle, néonatale et reproductive, les fondations seront en place pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

S'assurer que toutes les filles et les femmes aient accès au planning familial aide à sauver des vies en permettant aux femmes d'éviter d'avoir grossesse non désirée ou à haut risque. Les femmes marginalisées y compris les femmes séropositives, ont le droit d'accéder à tout un éventail d'options relevant du planning familial et de services de santé reproductive et sexuelle.

### 2. Accès à des soins de qualité pour la grossesse et l'accouchement, y compris :

- **Des soins prénatals** là où les agents peuvent offrir des conseils sur la préparation à l'accouchement, le traitement de la syphilis, la prévention de la transmission du VIH et du SIDA de la mère vers l'enfant, la vaccination contre le tétanos ainsi que d'autres interventions qui pourraient bénéficier aux mères et nouveaux nés.
- **Les soins qualifiés couvrent** une continuité des soins y compris :
  - > *Les structures sanitaires* offrant une couverture H24 disposant de personnels qualifiés pour les soins maternels, tels que les médecins, les infirmières et les sages-femmes.
  - > L'accès aux soins *obstétriques et néonataux d'urgence* lorsque des complications engageant le pronostic vital surviennent.
  - > L'accès à la thérapie antirétrovirale, si cela est adapté.
  - > *La suppression des obstacles* entravant l'accès aux services, tels que les tarifs, le manque de moyens de transports adaptés, les mauvaises structures de communication, et le manque de fournitures, médicaments et équipements pour offrir des services de base.
  - > *Des communautés éduquées et mobilisées* qui encouragent les femmes à recourir à des soins qualifiés et les aider à se rendre à temps dans

des structures adaptées pour bénéficier de l'aide dont ils ont besoin.

- **Les soins postnatals immédiats pour les mères et les nouveaux nés** comprennent le suivi par rapport à des saignements abondants, des douleurs et des infections de même que les conseils sur l'allaitement, la nutrition et le planning familial. Pour les nouveaux nés, cela comprend le réchauffement et l'allaitement immédiats ; les soins hygiéniques du cordon ombilical et une identification, une référence et un traitement opportun en cas de signes de complication, surtout parmi les bébés dont le poids de naissance est faible.

**3. Accès à l'avortement sans risques**, lorsque cela est légal (conformément au paragraphe 8.25 du Programme d'Action pour la CIPD) y compris les interventions médicales ou chirurgicales visant à interrompre une grossesse non désirée. De tels services doivent être fournis par un personnel de santé bien formé; régis par des mesures et des réglementations afin de préserver l'accès et la qualité ; et soutenus par une infrastructure, des équipements et des fournitures sanitaires.

#### NOTES

- 1 Singh S et al., Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, (Faire le bilan: Les coûts et les avantages du planning familial et de la santé maternelle et néonatale) New York: Institut Guttmacher et Fonds des Nations pour la Population, 2009.
- 2 Consensus pour la Santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant, 2009.

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

info@womendeliver.org  
www.womendeliver.org



**MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE**

# Glossaire des termes clefs

## **Taux de fécondité des adolescentes**

Nombre annuel de naissances pour les femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 femmes dans la même tranche d'âge.

## **Couverture de soins prénatals**

Pourcentage de femmes qui ont accouché et ont bénéficié de soins prénatals dispensés par un agent qualifié au moins une fois pendant la grossesse.

## **Asphyxie néonatale**

Maladie survenant pendant le travail et l'accouchement au cours desquels le fœtus ne reçoit pas suffisamment d'oxygène ce qui conduit à un risque de mort (mort naissance ou mort néonatale) voire un handicap à vie pour l'enfant survivant.

## **Taux de prévalence contraceptive**

Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui a recours à, ou dont les partenaires sexuels utilisent tout type de contraception.

## **Continuité des soins**

Approche de la santé maternelle, néonatale et infantile qui inclut la prestation de services intégrés pour les femmes et les enfants depuis la période précédant la grossesse jusqu'à l'accouchement, la période postnatale et l'enfance. De tels soins surviennent pendant le cycle de vie et dans le cadre du système de santé et il est fourni par les familles et les communautés, par le biais de consultations externes, des dispensaires ainsi que d'autres structures sanitaires<sup>1</sup>.

## **Planning familial**

Effort conscient des couples ou individus afin de planifier le nombre de leurs enfants et réguler l'espacement et timing des naissances par le biais de la contraception ; et inclut également le traitement de la stérilité involontaire<sup>2</sup>.

## **Genre**

Rôles et responsabilités socialement définis des hommes et des femmes, garçons et filles. L'égalité des genres repose sur le traitement égalitaire des femmes et des hommes au niveau des lois et des politiques, tout comme l'accès égal aux ressources et services au sein des familles, des communautés et de la société en général<sup>3</sup>. L'égalité des genres implique la distribution équitable et juste des avantages et responsabilités entre les hommes et les femmes, les garçons et les filles<sup>4</sup>. La violence fondée sur le genre cible les femmes et les hommes, les filles ou les garçons en fonction du genre. Elle inclut mais ne se limite pas aux agressions sexuelles et à la violence domestique et elle est également utilisée comme une arme de guerre.

## **Mort maternelle**

Mort d'une femme durant sa grossesse ou au cours des 42 jours suivant l'interruption de la grossesse en raison des complications durant la grossesse et l'accouchement<sup>5</sup>.

## **Santé maternelle**

Santé des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postpartum.

## **Taux de mortalité maternelle**

Nombre de morts maternelles durant une période donnée pour 100 000 femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) pendant cette même période<sup>6</sup>.

## **Ratio de mortalité maternelle**

Nombre de morts maternelles durant une période donnée pour 100 000 naissances vivantes pendant la même période<sup>7</sup>.

## **Avortement médical**

Option sûre pour interrompre une grossesse en utilisant des médicaments (par exemple, le mifépristone et le misoprostol ou le misoprostol tout seul)<sup>8</sup>.

## **Extraction par ventouse**

Option sûre qui consiste à utiliser un instrument manuel pour créer une aspiration et une évacuation depuis l'utérus afin d'interrompre une grossesse ou de soigner un avortement incomplet soit spontané soit déclenché<sup>9</sup>.

## **Santé néonatale**

Santé durant les quatre premières semaines de la vie d'un enfant. Le pourcentage de naissances assistées par le personnel de santé qualifié.

## **Pourcentage d'accouchements assistés par un agent qualifié**

Le pourcentage de femmes qui accouchent avec un agent qualifié (médecin, infirmier/infirmière ou sage-femme).

## **Prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME)**

Efforts entrepris pour prévenir la transmission de la mère vers l'enfant du VIH et ils reposent sur les éléments suivants :

- Prévention primaire conduite auprès des femmes et des hommes en âge de procréer pour éviter la contamination par le VIH
  - > Éviter les grossesses non désirées chez les femmes séropositives
  - > Prévenir la transmission du VIH des mères



## MISEZ SUR LES FEMMES, CELA VAUT LA PEINE

séropositives à leurs nouveaux nés durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement en donnant des conseils et des tests volontaires et en effectuant les interventions suivantes :

- Thérapie antirétrovirale pour les mères au début du travail et à la mère et au nourrisson dès l'accouchement
- Pratiques liées à l'accouchement sans risques (si possible) telles qu'une césarienne électorale
- Utilisation de formules pour nourrisson ou d'autres nourritures au lieu de l'allaitement

> Offre de soins et de soutien pour les femmes, les hommes et les familles séropositives<sup>10</sup>.

### Santé reproductive

Etat physique, mental et situation sociale – pas simplement l'absence d'infirmité – dans tous les domaines liés au système reproductif et à ses fonctions et processus.

### Santé sexuelle et reproductive et droits reproductifs

Droit dont jouissent tous les couples et individus par rapport aux informations, à l'éducation et aux moyens de décider librement et de manière responsable, le nombre, l'espacement et le moment pour avoir des enfants et de bénéficier des normes les plus élevées de santé sexuelle et reproductive. Ces droits incluent également le droit de tous à prendre des décisions concernant la reproduction sans être soumis à une discrimination, coercition ou à la violence. En outre, tout individu a le droit d'avoir une vie sexuelle, satisfaisante, consensuelle, sans risques et plaisante<sup>11</sup>.

### Assistants qualifiés

Individus jouissant de compétences liées aux fonctions de sage-femme (par exemple, les sages-femmes, les infirmiers/infirmières et médecins) qui ont été formés pour fournir des soins durant la grossesse et l'accouchement. Les assistants qualifiés doivent être capables gérer un travail et un accouchement normal, reconnaître le début des complications, effectuer des interventions de base, commencer un traitement et superviser la référence de la mère et du nourrisson en vue d'interventions qui dépassent leurs compétences ou ne sont pas possibles dans un cadre particulier<sup>12</sup>.

### Besoin non satisfait en matière de planning familial

Fossé existant entre le désir affirmé des femmes de retarder ou éviter d'avoir des enfants et leur recours réel à la contraception. Généralement exprimé dans les enquêtes démographiques et sanitaires sous la forme d'un pourcentage des femmes mariées actuellement âgées de 15 à 49 ans ayant des besoins non satisfaits.

### Avortement à risques

L'interruption d'une grossesse non désirée, soit par des personnes dépourvues des compétences nécessaires ou dans un environnement dépourvu des normes sanitaires ou médicales de base, voire les deux<sup>13</sup>.

### Grossesse non désirée

Une grossesse qu'une femme ou fille enceinte choisit de son plein gré, est involontaire.

### NOTES

- 1 Countdown to 2015 MNCH: The 2008 Report Tracking Progress in Maternal, Newborn, and Child Survival. (Compte à Rebours pour 2015 Santé Maternelle, Néonatale et Infantile : Rapport sur les Progrès en matière de Survie Maternelle, Néonatale et Infantile) 2008: UNICEF.
- 2 Organisation mondiale de la Santé Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Planification familiale: un manuel à l'intention des prestataires des services du monde, Genève: 2008.
- 3 Transformer les systèmes de santé: genre et droits dans la santé de la reproduction. Organisation mondiale de la Santé, 2001.
- 4 Ibid.
- 5 Organisation mondiale de la Santé, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Classification Statistique Internationale des Maladies et Problèmes de Santé liés, Dixième Révision. 1992.
- 6 Organisation mondiale de la Santé, Mortalité maternelle, 2005.
- 7 Ibid.
- 8 OMS, L'avortement médicamenteux: Questions cliniques les plus fréquentes, Genève, 2006.
- 9 Organisation Mondiale de la Santé, Avortement Médicalisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, Genève, 2003.
- 10 ONUSIDA. Ressources/Questions et Réponses. <http://www.unaids.org>
- 11 Programme of Action of the International Conference on Population and Development. (Programme de l'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement) Genève: Nations Unies, 1994, paragraphe 7.3, <http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch7>
- 12 Groupe Interorganisation pour la Maternité Sans Risques. Les Soins Qualifiés Durant l'Accouchement: Livret d'Informations. Family Care International, 2002. OMS. Pour une Grossesse à moindre risque: le rôle capital de l'accoucheur qualifié: une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO. Genève: OMS.
- 13 PNUD/UNFPA/OMS/Banque Mondiale, Programme de Recherche Spéciale, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), "Preventing Unsafe Abortion, The Persistent Public Health Problem," (Formation sur la Conception et la Recherche en Reproduction Humaine "Prévention de l'Avortement à Risques, la Persistance du Problème de Santé Publique), Conception et Recherche [http://www.who.int/reproductive-health/unsafe\\_abortion/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/index.html) (consulté le 16 avril 2007).

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)

[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)