



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

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

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

IV Information concrète pour passer à l'action

- 232 Références
- 241 Indices
- 245 Remerciements



I

II

III

IV

V



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

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

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

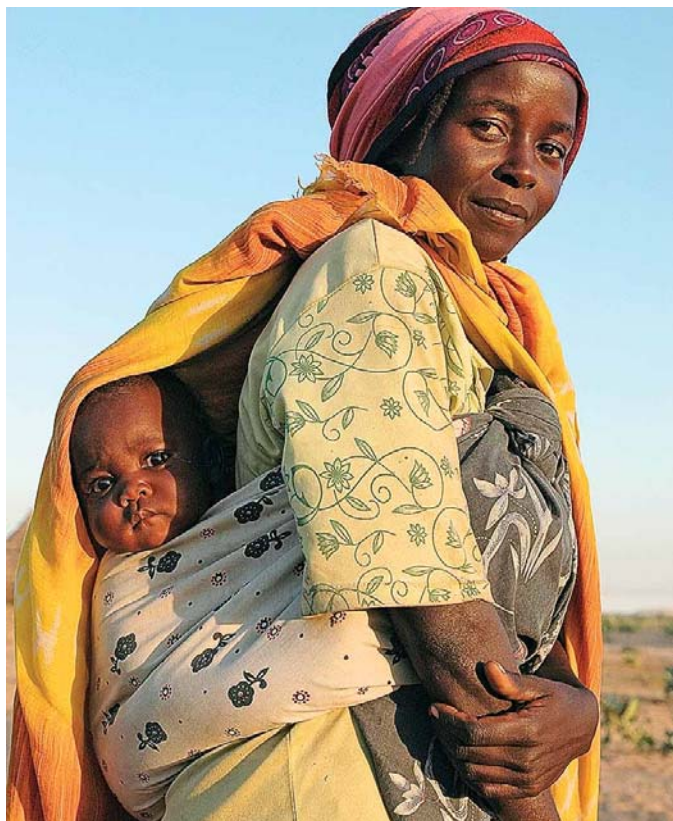
- Responsabiliser les familles et les communautés et leur donner les moyens d'agir - augmenter la demande
- Garantir la qualité des soins dans les formations sanitaires : améliorer l'offre
- Encourager des stratégies novatrices et efficaces pour arriver à ceux délaissés jusqu'à présent

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"> • 700 femmes meurent de causes imputables à la grossesse. • 3 100 nouveau-nés meurent et 2 400 en plus sont mort-nés. • 9 600 enfants meurent après le premier mois de la vie et avant d'atteindre l'âge de 5 ans. • Un décès infantile sur quatre (chez les moins de 5 ans) en Afrique est un décès de nouveau-né. 	<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"> • Education donnant les mêmes chances aux filles • Promotion nutritionnelle, surtout pour les filles et les adolescentes • Prévention de la mutilation génitale de la femme • Prévention et prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) • Planification familiale
	Soins pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Soins prénatals focalisés <ul style="list-style-type: none"> – Deux doses au moins du vaccin antitétanique (TT2+) – Traitement de la syphilis/IST – Traitement de la prééclampsie – Traitement préventif intermittent du paludisme lors de la grossesse (TPI) et utilisation de moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) – Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH (PTME) • Préparatifs à l'accouchement et aux urgences, à domicile encourageant la demande pour des soins
	Soins à l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge qualifiée à l'accouchement • Soins obstétricaux d'urgence (SOU) • Meilleurs liens entre le domicile et l'établissement de santé • Compagne choisie par la mère pour la soutenir lors de l'accouchement • 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)
	Soins postnatals	<ul style="list-style-type: none"> • 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"> – Pour la mère : Promotion de comportements sains, reconnaissance des signes de danger et planification familiale – 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 • Soins supplémentaires pour les petits bébés ou bébés avec d'autres problèmes (dont la mère est atteinte de VIH/SIDA)
	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Soins néonataux d'urgence en cas de maladie, notamment septicémie
Programmes transversaux	Promotion nutritionnelle et de l'allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion nutritionnelle surtout pour les filles et les adolescentes • Nutrition maternelle lors de la grossesse et de l'allaitement • Allaitement maternel immédiat et exclusif pour les bébés
	Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention du VIH et des IST et prévention de la grossesse non souhaitée • PTME par l'intermédiaire du traitement antirétroviral et de pratiques sans risques d'alimentation du nourrisson
	Lutte antipaludique	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse (TIP) et moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII)
	Vaccinations	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinations antitétaniques (au moins deux doses) pour les femmes enceintes

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^e au 28^e 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.

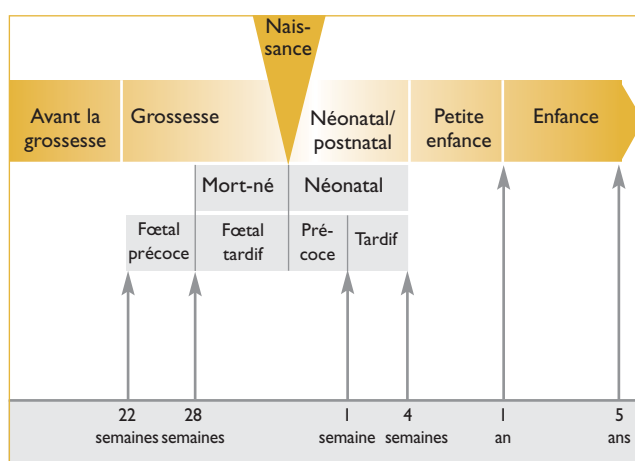
Petits bébés

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 vivantes¹ - 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 an² (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,² 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.³ 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.⁴

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.