



PROGRÈS POUR LES ENFANTS

Mortalité maternelle, bilan statistique

Numéro 7, septembre 2008

unissons-nous
pour les enfants

unicef 

Progrès pour les enfants : mortalité maternelle, bilan statistique (No. 7)

CORRECTION

Dans le tableau statistique 1 de la page 42, dans la colonne intitulée « Soins prénatals », le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui reçoivent des soins prénatals au moins quatre fois au cours de leur grossesse, il y avait à l'origine, pour l'Éthiopie, un tiret qui signifiait « pas de données ». **Il faut le remplacer par 12 %**. La correction a été effectuée dans le PDF disponible sur www.unicef.publications. Veuillez noter ci-dessous les corrections qui en découlent, y compris les moyennes régionales recalculées :

Page 8 :

- Colonne de gauche, troisième paragraphe : remplacer 47 % par 42 %. Cela donne : « Dans un sous-groupe de pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels ces données sont disponibles, 69 % des femmes enceintes ont reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la période 2000–2006, contre **42 %** qui sont allées au moins quatre fois en consultation ».
- Tableau : pour **l'Afrique de l'Est/australe**, remplacer 51 % par **40 %** ; et pour **l'Afrique subsaharienne** remplacer 47 % par **42 %**.
- Carte : **l'Éthiopie** doit être en **rouge** et non pas en gris.

Veuillez noter les corrections supplémentaires suivantes dans les tableaux statistiques :

Page 42 :

- Colonne intitulée « Soins prénatals (%) 2000-2006, au moins quatre fois » : pour **l'Éthiopie**, remplacer le tiret (qui signifie « pas de données ») par **12** ; pour **le Maroc**, remplacer ce tiret par **31**.
- Colonne intitulée « Besoins non satisfaits / planification familiale (%) 2000–2006 » : pour la **République démocratique du Congo**, remplacer 11 par un **tiret (pas de données)**.

Page 44 :

- Colonne intitulée « Taux de césariennes en régions rurales (%) 2000–2006 » : pour la **Turquie**, remplacer le tiret (qui signifie « pas de données ») par **13** ; pour **l'ECO/CEI**, remplacer 6 par **8**.
- Colonne intitulée « Soins prénatals (%) 2000-2006, au moins quatre fois » : pour **l'Estonie**, remplacer 12 par un **tiret (pas de données)** ; pour **Monaco**, remplacer 31 par un **tiret (pas de données)** ; pour **l'Afrique subsaharienne**, remplacer 47 par **42** ; pour **l'Afrique de l'Est/australe**, remplacer 51 par **40** ; pour les **Pays en développement**, remplacer 51 par **49** ; pour les **Pays les moins avancés**, remplacer 35 par **31** ; pour le **Monde**, remplacer 51 par **49**.



TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos : la mortalité maternelle et les OMD	1
La mortalité maternelle : trop longtemps négligée	2
Panorama mondial	4
Un continuum de soins	
Soins prénatals	7
Accouchement sous la surveillance d'un personnel sanitaire qualifié	9
Soins obstétricaux d'urgence	11
Soins post-partum	11
Contraception et planification familiale	12
Estimations et indicateurs pertinents	
Taux de fécondité	13
Fécondité des adolescentes	13
Mariage des enfants	14
Mutilations génitales féminines/excision (MGF/excision)	14
Éducation et autonomisation des femmes	14
À propos des données	14
Afrique de l'Ouest et centrale : la région où les mères sont les plus menacées	15
Afrique de l'Est et australe : des progrès minimes	18
Asie du Sud : des progrès inégaux	21
Moyen-Orient et Afrique du Nord : des progrès réguliers	24
Amérique latine et Caraïbes : en progression	27
Asie de l'Est et Pacifique : aller de l'avant	30
Europe centrale et Orientale et Communauté d'États indépendants (ECO/CEI) : faible taux de fécondité, faible risque sur la vie entière	33
Pays industrialisés : disparités en termes de soins maternels	36
La voie à suivre	37
Références	40
Tableaux statistiques	
1 : Les indicateurs de l'Objectif de développement pour le Millénaire no. 5	42
2 : Comparaison des taux de mortalité maternelle par région de l'UNICEF, 1990–2005	45
Estimations de la mortalité maternelle	45



LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LES OMD

Chaque année, plus d'un demi million de femmes meurent de causes liées à la grossesse et quelque 10 millions d'autres, selon les estimations, subissent des blessures, infections, maladies ou handicaps qui risquent de durer leur vie entière.

La plupart de ces décès et ces handicaps sont évitables. Lorsqu'un personnel de santé qualifié ayant accès à des soins obstétricaux d'urgence assiste à l'accouchement, et lorsque les femmes bénéficient d'une nutrition adéquate et de services de santé de base, le risque de décès maternel diminue.

Cette édition de *Progrès pour les enfants*, la septième d'une série qui suit les progrès accomplis vers les Objectifs du Millénaire pour le développement, mesure les résultats obtenus par la planète en matière de santé maternelle, en accordant une attention particulière à la mortalité maternelle. Elle décrit en détail les progrès enregistrés dans ce domaine et souligne les secteurs où des améliorations sont nécessaires.

Le taux de mortalité maternelle s'est amélioré de manière générale dans le monde de 5,4 pour cent, d'après les estimations, entre 1990 et 2005 – soit une diminution de 430 décès à 400, pour 100 000 naissances vivantes. Dans le monde en développement, on pourra réduire encore ces chiffres en augmentant la présence d'un personnel de santé qualifié au cours de l'accouchement d'une part, et les soins prénatals d'autre part.

Cependant, dans le monde en développement, le risque de décès dû à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement au cours de la vie d'une femme est de un sur 76, contre un sur 8 000 dans le monde industrialisé. On estime qu'au Niger ce risque est d'un sur sept.

Les progrès accomplis jusqu'à présent ne sont pas suffisants pour atteindre la cible de l'OMD qui consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Pour atteindre cette cible, la santé maternelle doit s'inscrire dans un continuum de soins englobant les soins de santé essentiels à la mère, au nouveau-né et à l'enfant.

Les interventions doivent passer à plus grande échelle, de manière à ce que les soins essentiels soient administrés tout au long de la grossesse, au cours de l'accouchement et au cours de la période post-natale.

Derrière les statistiques de mortalité maternelle du rapport se cachent plus d'un demi million d'histoires personnelles tragiques. Mais les améliorations en matière de santé maternelle que recommande le rapport auront des répercussions bien au-delà des femmes qui sont menacées. L'impact sera subi par leurs enfants et leurs familles, et par leurs communautés et leurs nations.

Ann M. Veneman
Directrice générale, UNICEF

LA MORTALITÉ MATERNELLE : trop longtemps négligée

La mortalité maternelle est l'un des problèmes auxquels la planète a accordé le moins d'attention, et les progrès vers la réduction du taux de mortalité maternelle (TMM) sont beaucoup trop lents. Le problème a été souligné dans l'Objectif 5 du Millénaire pour le développement, améliorer la santé maternelle, dont une des cibles les plus ambitieuses vise à réduire de trois quarts le TMM entre 1990 et 2015. La communauté internationale est convenue de s'attaquer au problème de la mortalité maternelle, sachant que l'attention accordée à la santé maternelle aurait des répercussions évidentes et considérables. Mais cela ne s'est pas avéré facile.

Au train où vont les choses, la planète n'atteindra pas sa cible en matière de réduction de la mortalité maternelle. Bien que les données ne soient pas totalement fiables, elles permettent néanmoins de penser que pour atteindre cette cible, le TMM aurait dû reculer en moyenne de 5,5 % par an entre 1990 et 2015, alors que le taux moyen de réduction est de moins de 1 % par an à l'heure actuelle.

Au niveau mondial, plus de 500 000 femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Près de la moitié de ces femmes vivent en Afrique subsaharienne. Mais le taux annuel de réduction de 0,1 % par an dans la région où le problème est le plus grave est le plus faible de toutes les régions.

Les causes de ces décès n'ont rien de mystérieux. Ces femmes meurent parce qu'elles ont un accès limité, ou n'ont pas accès du tout, aux soins médicaux, ou parce que la qualité des soins laisse à désirer. Elles succombent à des hémorragies, à la septicémie, à des troubles hypertensifs, à des avortements non médicalisés, à un travail prolongé ou à une obstruction du travail – des complications qui peuvent être traitées efficacement dans tout système de santé doté d'un personnel qualifié et d'équipements adaptés pour traiter les cas d'urgence et administrer des soins post-partum. La santé et l'état nutritionnel d'une femme, notamment le VIH et l'anémie, sont autant de causes sous-jacentes à ces problèmes, tout comme certains facteurs sociaux, tels que la pauvreté, l'iniquité, le statut social et les attitudes négatives envers les femmes et leurs besoins.

Les liens entre l'amélioration de la santé maternelle et les autres OMD sont clairs. Les coûts associés à la mauvaise santé des femmes sont souvent une cause d'appauvrissement; l'amélioration de la santé maternelle peut faire reculer la pauvreté (OMD 1) en épargnant aux familles les conséquences économiques souvent désastreuses liées au décès ou au handicap d'une mère.

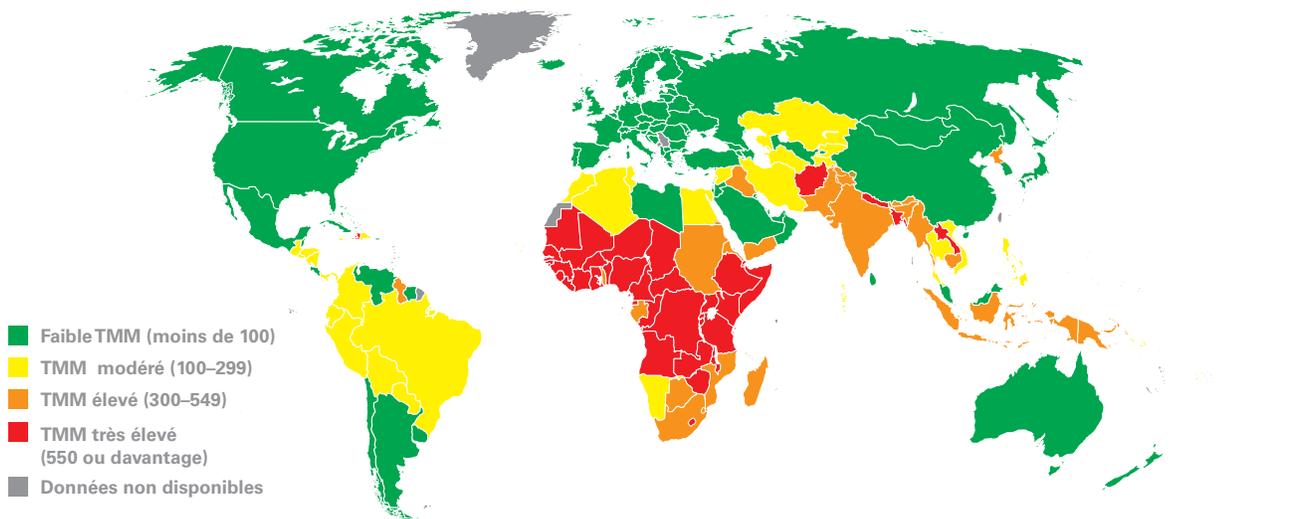
Objectif 5 du Millénaire pour le développement : Améliorer la santé maternelle

Cibles	Indicateurs
5.A Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle
	5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
5.B Atteindre, d'ici à 2015, l'accès universel aux produits de santé en matière de procréation	5.3 Taux de prévalence contraceptive
	5.4 Taux de natalité chez les adolescentes
	5.5 Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals au moins une fois et pourcentage de celles en ayant reçu au moins quatre fois pendant leur grossesse
	5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Les progrès en faveur de la réduction de la mortalité maternelle ont été bien trop lents et doivent être maintenant accélérés

L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud affichent les taux de mortalité maternelle les plus élevés

Taux de mortalité maternelle (TMM) pour 100 000 naissances vivantes (2005)



Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

Note : cette carte, et toutes celles qui figurent dans cette publication, est stylisée et n'est pas à l'échelle. Les cartes n'impliquent, de la part de l'UNICEF, aucune prise de position quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières. La ligne en pointillé représente approximativement la ligne de contrôle établie à Jammu et au Cachemire consentie par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif de Jammu et du Cachemire n'a pas encore fait l'objet d'un accord entre les parties.

L'administration de soins spécialisés aux mères pendant l'accouchement et dans les heures qui suivent la naissance contribuera à améliorer la survie de l'enfant (OMD 4), en protégeant les nourrissons pendant la période néonatale au cours de laquelle ils sont particulièrement vulnérables, et en permettant aux mères de survivre pour s'occuper de leurs enfants. L'accès aux produits de santé en matière de procréation – la cible B de l'OMD 5 – est aussi associé à la réduction de la pauvreté et à la survie de l'enfant. Des services obstétricaux efficaces permettront également de prévenir et traiter le paludisme chez les mères et les bébés, et de prévenir la transmission du VIH (OMD 6).

L'absence de progrès dans le domaine de la santé maternelle a des conséquences sur le développement humain partout dans le monde. Qu'une seule femme succombe à des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement alors que cela aurait pu être évité est en soi déjà très décourageant, mais le problème est bien plus grave et bien plus répandu que ne le dévoilent les statistiques.

L'impact sur les enfants est énorme. Nous savons que les nourrissons dont la mère meurt au cours des six premières semaines de leur vie risquent davantage que les autres enfants de mourir avant l'âge de deux ans¹. Par ailleurs, pour chaque femme qui meurt pendant sa grossesse ou son accouchement, 20 autres femmes souffrent de lésions, d'infections et d'incapacités, telles que la fistule, qui les handicapent toute leur vie². Parfois ces

complications sont tellement graves que les femmes sont tenues à distance, voire bannies, de leurs familles et ne peuvent plus jouer un rôle important dans la protection et l'amélioration de la santé de leurs enfants. En outre, ces femmes représentent une perte pour leurs familles et leurs communautés alors qu'elles sont dans la fleur de l'âge et qu'elles avaient un avenir productif devant elles.

Les risques élevés auxquels les femmes de certaines régions, surtout d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud, sont exposées pendant la grossesse et l'accouchement constituent une violation de leurs droits fondamentaux. L'Article 12.2 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ratifiée à ce jour par 185 pays, demande aux États parties de fournir « aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement. »

Les causes de la mortalité et de la morbidité maternelles sont si évidentes – tout comme les moyens de les combattre – qu'il est difficile de ne pas en conclure que seul le faible statut social, politique et économique des femmes dans de nombreuses sociétés explique que l'on ne s'y soit pas attaqué pendant si longtemps.



Panorama mondial

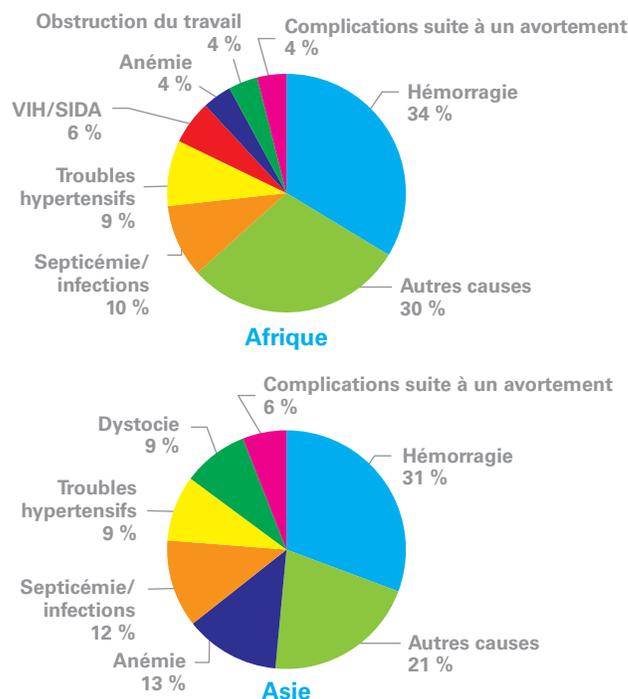
Sur les 536 000 décès maternels enregistrés dans le monde en 2005, plus de 99 % sont survenus dans des pays en développement. Près de la moitié des décès maternels (265 000) ont été enregistrés en Afrique subsaharienne et un tiers en Asie du Sud (187 000). Ensemble, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud regroupent donc plus de 84 % des décès maternels de la planète, l'hémorragie étant la cause principale de décès dans ces régions. Par ailleurs, 10 pays seulement affichent ensemble près des deux tiers des décès maternels. C'est l'Inde qui a de loin de nombre le plus élevé de décès maternels, avec 117 000, ou 22 % du total mondial.

Inévitablement, la liste des pays affichant le plus grand nombre de décès maternels penche vers ceux qui ont la plus forte population. Mais ce ne sont pas nécessairement les pays dans lesquels le risque de décès maternel est le plus élevé au cours de la vie. Le risque sur la vie entière est la probabilité de décès d'une femme de causes liées à des complications lors de sa grossesse ou de l'accouchement tout au long de sa vie; il prend en compte le taux de mortalité maternelle (la probabilité de décès maternel par accouchement) et le total de fécondité cumulée (le nombre probable de naissances par femme pendant les années où elle est féconde). Par conséquent, dans un contexte de fécondité élevée, la femme est confrontée de multiples fois au risque de mortalité maternelle, et le risque de décès au cours de sa vie sera plus élevé que dans un contexte où le taux de fécondité est faible.

Le risque de décès maternels au cours de la vie dans l'ensemble du monde en développement est de 1 sur 76, alors qu'il est de 1 sur 8 000 dans le monde industrialisé. Cet écart devient béant

L'hémorragie est la cause principale de décès maternels en Afrique et en Asie

Causes de décès maternel (1997-2002)

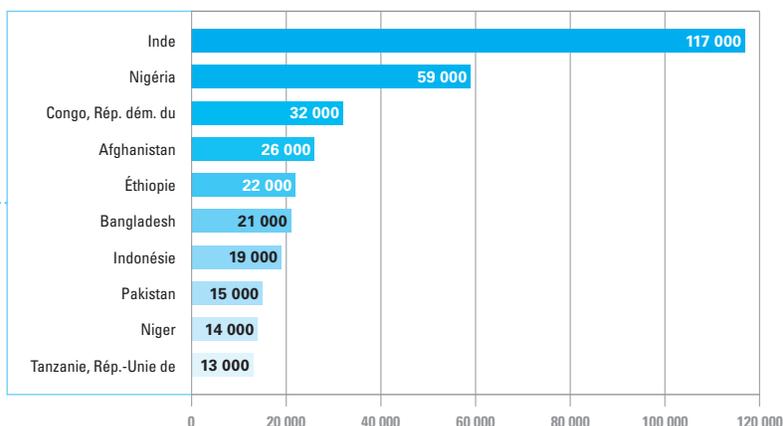
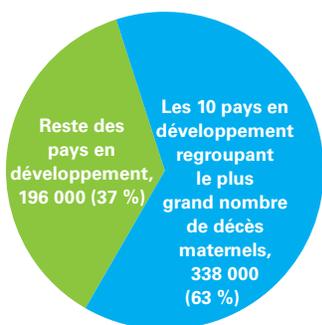


Note : le total des pourcentages ne fait pas 100 % parce que les chiffres ont été arrondis.

Source : Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, p. 1069, 1^{er} avril 2006.

Près des deux tiers des décès maternels dans le monde en développement surviennent dans 10 pays

Nombre estimatif de décès maternels par an (2005)



Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.



quand on compare les pays aux deux extrêmes des données statistiques : en Irlande, où le TMM est de 1 – le plus faible du monde – les femmes courent 1 risque sur 47 600 au cours de leur vie de mourir pendant la grossesse ou de complications pendant l'accouchement, alors qu'au Niger, le risque est de 1 sur 7.

Les disparités sont semblables quand on compare les progrès accomplis entre 1990 et 2005. Selon des estimations récentes, le taux de mortalité maternelle a reculé de 5,4 % dans le monde, passant de 430 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 400 en 2005 – un progrès non négligeable mais qui ne permet pas d'espérer atteindre la cible de l'OMD d'ici à 2015.

Ce panorama mondial masque aussi des différences profondes entre les régions en termes de résultats. En Afrique subsaharienne, par exemple, les progrès sont insignifiants. Les estimations pour 2005 de 920 décès pour 100 000 naissances vivantes dans la région sont inférieures aux estimations pour 1990 qui étaient de 940, mais en raison du manque de fiabilité des données, le changement pourrait être statistiquement négligeable (voir encadré, page 14). Dans cette région en particulier, certains pays qui affichent un TMM très élevé sont en proie à un conflit, ce qui rend les évaluations difficiles. Puisque c'est justement l'Afrique subsaharienne qui a le plus grand besoin d'améliorer sa situation, cet échec est extrêmement préoccupant.

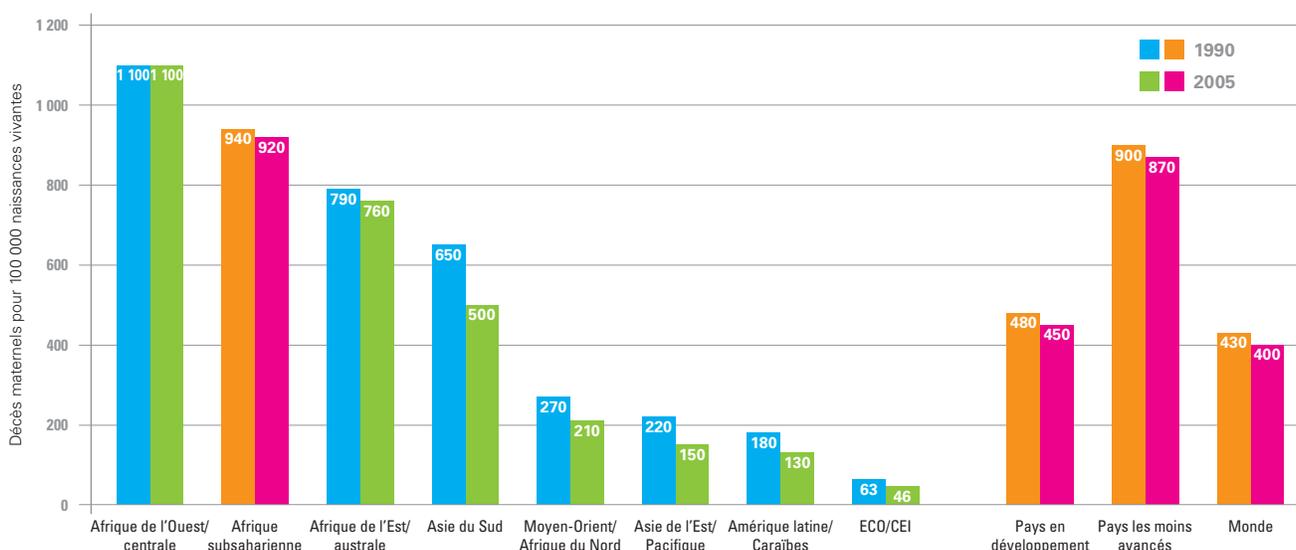
Les chiffres permettent de penser que la plupart des régions en dehors de l'Afrique subsaharienne réalisent au moins quelques progrès. La voie à suivre est claire, et les données réunies dans le cadre de plusieurs études viennent la confirmer. L'objectif doit être de fournir aux femmes et à leurs enfants un continuum de soins englobant la nutrition, la prévention des grossesses non désirées et des avortements non médicalisés, l'octroi de soins de grande qualité pendant la grossesse et l'accouchement, notamment des soins obstétricaux d'urgence, et l'accès aux soins post-partum pour la mère et l'enfant, le tout étant relié par un bon système d'aiguillage.

Morbidité maternelle

Pour chaque décès de femme dont la cause est liée à la grossesse, 20 autres femmes sont victimes de lésions, d'infections, de maladies et d'incapacités – soit 10 millions de femmes qui survivent à leurs grossesses mais en subissent de graves conséquences³.

Mortalité maternelle : des progrès inégaux selon les régions

Tendances des taux de mortalité maternelle, par région (1990 et 2005)



Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.



Dans de nombreux pays en développement, ces états de santé ne sont pas traités et se soldent souvent par des douleurs et des souffrances psychologiques qui perdurent toute la vie.

L'un de ces handicaps est la fistule obstétricale qui se produit lorsque la pression exercée par la tête du bébé pendant un travail prolongé et une dystocie entrave l'irrigation sanguine du tissu du canal utérin. Le tissu peut mourir, et des trous peuvent s'y creuser pendant la période qui suit la naissance. Il en résulte un écoulement incontrôlable provenant de la vessie et du rectum dans le vagin, provoquant l'incontinence. La fistule peut endommager le système nerveux et provoquer diverses infections, entre autres complications. Selon les estimations, quelque 75 000 femmes sont victimes chaque année de la fistule et souvent elles ne sont pas soignées. Au moins 2 millions de femmes souffriraient actuellement de ce handicap⁴.

Des millions de femmes souffrent d'anémie et de stérilité due à des complications pendant la naissance. Les hémorragies périnatales et post-partum sont souvent les premières causes d'anémie grave, qui contribue à des états malades chroniques. L'anémie s'allie au paludisme pour rendre les femmes plus vulnérables, en augmentant le risque de décès en cas d'hémorragie et dans les cas les plus graves, en provoquant éventuellement une insuffisance cardiaque. La stérilité peut être le résultat d'une inflammation pelvienne non traitée par antibiotiques et d'un avortement non médicalisé.

Anémie et dénutrition maternelles

Selon les estimations, près de la moitié des femmes enceintes de par le monde souffrent d'anémie, un problème courant pendant la grossesse puisque le fœtus absorbe les nutriments dont il a besoin pour son développement. La pathologie peut être aggravée par les maladies infectieuses, en particulier le paludisme et les parasites intestinaux, et par un régime alimentaire de mauvaise qualité. L'anémie est traitable dans le cadre des soins prénatals, mais dans de nombreux pays en développement, les programmes de supplémentation en fer ne se sont pas avérés très efficaces. Les adolescentes enceintes – qui sont plus exposées à cette affection que les femmes plus âgées – courent un risque supplémentaire dans la mesure où elles ont de moins bonnes chances de se faire soigner⁵.

La dénutrition maternelle limite les chances de survie à une grossesse, et l'incidence de l'insuffisance pondérale chez les nourrissons est plus élevée chez les femmes qui souffrent d'insuffisance pondérale. Un indice de masse corporelle de moins de 18,5 kg/m² révèle une carence chronique en énergie, un problème qui prévaut dans plusieurs régions. La dénutrition maternelle est préoccupante en Afrique subsaharienne, Asie du Sud et Asie du Sud-Est, et le problème est critique au Bangladesh, en Érythrée et en Inde⁶.

Paludisme

Environ 50 millions de femmes enceintes sont exposées au paludisme chaque année. Dans les zones impaludées, jusqu'à 25 % des cas d'anémie maternelle grave sont imputables au paludisme, tout comme près de 20 % des cas d'insuffisance pondérale chez l'enfant. Le paludisme pendant la grossesse augmente le risque de mortinatalité, d'avortement spontané, d'insuffisance pondérale à la naissance et de décès néonatal⁷.

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme est une mesure vitale. La majorité des pays d'Afrique subsaharienne dans lesquels le paludisme est un problème endémique stable ont adopté des traitements préventifs intermittents pour les femmes enceintes pendant le deuxième et le troisième trimestre de leur grossesse pour prévenir l'anémie et l'infection placentaire pendant l'accouchement.

VIH et SIDA

Dans 108 pays à revenu faible et intermédiaire, on estime que 1,5 million de femmes séropositives ont mis des enfants au monde en 2006⁸. Ces femmes sont généralement plus exposées que les autres aux hémorragies, à la septicémie et aux complications des césariennes, autant de causes de décès maternels⁹.

Pour survivre et pour éviter le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, les femmes enceintes et les mères séropositives doivent avoir accès à la prophylaxie antirétrovirale. Lorsque le SIDA est à un stade avancé, certaines mères doivent avoir accès au traitement pour protéger leur propre santé et leur survie. Selon les estimations, 20–30 % des femmes enceintes séropositives ont besoin d'une polythérapie antirétrovirale pour protéger leur santé une fois le diagnostic établi¹⁰.

En 2007, 33 % des femmes enceintes séropositives auraient eu accès à une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour éviter la transmission du VIH à leurs enfants, contre 10 % seulement en 2004¹¹. Les services de prévention des grossesses non désirées peuvent être intégrés aux soins généraux aux femmes séropositives qui incluent les services d'hygiène sexuelle et de santé de la procréation, ainsi que les tests et les conseils volontaires et confidentiels sur le VIH.



UN CONTINUUM DE SOINS

Les femmes courent un risque élevé de mortalité et de morbidité en raison de complications avant, pendant et après la naissance, mais une bonne couverture par des interventions spécifiques permet de limiter les risques. Les soins prénatals, la présence de soignants qualifiés à la naissance, les soins obstétricaux d'urgence, les soins post-partum, la contraception et la planification familiale assurés dans le cadre d'un continuum de soins – débutant avant même la grossesse, se poursuivant pendant la grossesse, la naissance et la période post-partum – peuvent avoir des avantages multiples tant pour la mère que pour l'enfant.

Soins prénatals

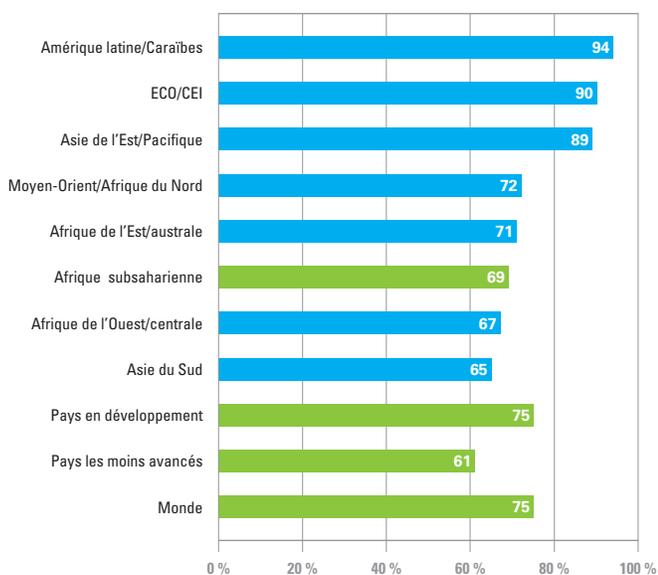
La période prénatale est un bon moment pour proposer aux femmes des interventions et des informations qui amélioreront leur santé, leur bien-être et leur survie – ainsi que ceux de leurs enfants. L'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

recommandent au moins quatre visites médicales prénatales pendant la grossesse, ce qui est le minimum pour fournir les services les plus importants, par exemple traitement de l'hypertension pour éviter l'éclampsie, vaccination contre le tétanos, traitement préventif intermittent du paludisme et distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, supplémentation en micronutriments et préparation à l'accouchement, notamment informations sur les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement.

La plupart des données disponibles portent sur des femmes qui ont bénéficié de soins prénatals au moins une fois. Selon les estimations les plus récentes, 75 % des femmes du monde en développement reçoivent des soins prénatals administrés par un agent de santé qualifié au moins une fois pendant leur grossesse, ce qui est un progrès considérable par rapport aux 60 % affichés au milieu des années 1990. Environ 9 femmes enceintes sur 10 sont examinées au moins une fois en Amérique latine/Caraiïbes, en Europe centrale

Les trois quarts des femmes du monde en développement reçoivent certains soins prénatals

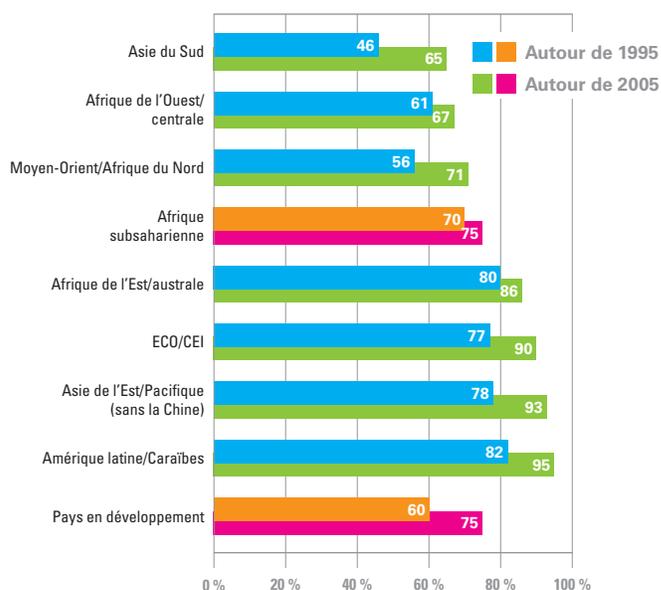
Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans recevant des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse, par région (2000–2006)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails <www.childinfo.org>.

La couverture par les soins prénatals s'est élargie dans toutes les régions en développement au cours de la dernière décennie

Tendances dans le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans recevant des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse, par région, sur la base d'un sous-groupe de 67 pays pour lesquels des données sur les tendances sont disponibles (autour de 1995 and autour de 2005)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails <www.childinfo.org>.



et orientale/Communauté d'États indépendants (ECO/CEI) et en Asie de l'Est/Pacifique. Au Moyen-Orient/Afrique du Nord, 72 % des femmes ont accès à des soins prénatals administrés par un agent de santé dûment formé, cette région étant suivie par l'Afrique subsaharienne (69 %) et l'Asie du Sud (65 %). L'Asie du Sud affiche la couverture la plus faible mais aussi les progrès les plus rapides, avec une amélioration de sa couverture de 19 points de pourcentage depuis le milieu des années 1990.

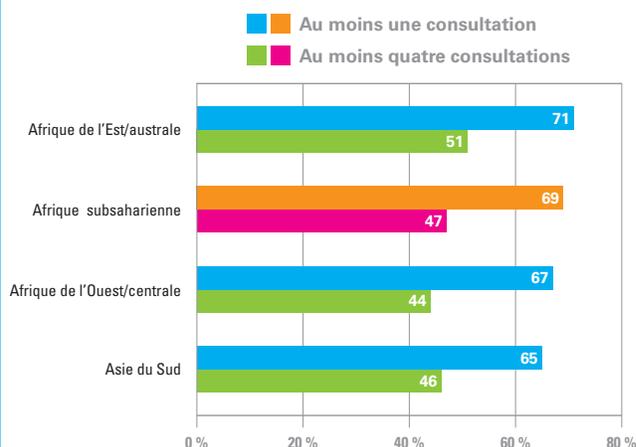
Les pays qui affichent les niveaux les plus faibles en ce qui concerne la couverture pour les soins prénatals (au moins une visite pendant la grossesse) sont l'Afghanistan (16 %), la Somalie (26 %), la République démocratique populaire lao (27 %) et l'Éthiopie (28 %) (voir tableau, pages 42-44).

Au niveau mondial, près de la moitié seulement des femmes enceintes bénéficient du minimum de quatre consultations prénatales recommandées. Dans un sous-groupe de pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels ces données sont disponibles, 69 % des femmes enceintes ont reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la période 2000-2006, contre 47 % qui sont allées au moins quatre fois en consultation.

Ces statistiques ne donnent aucune information sur la qualité des soins prénatals, qui est difficile à mesurer. Et pourtant, il est essentiel de garantir la qualité des soins prénatals pour que les services rendus contribuent à améliorer la santé maternelle.

Moins de la moitié des femmes en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud bénéficie des quatre consultations prénatales recommandées

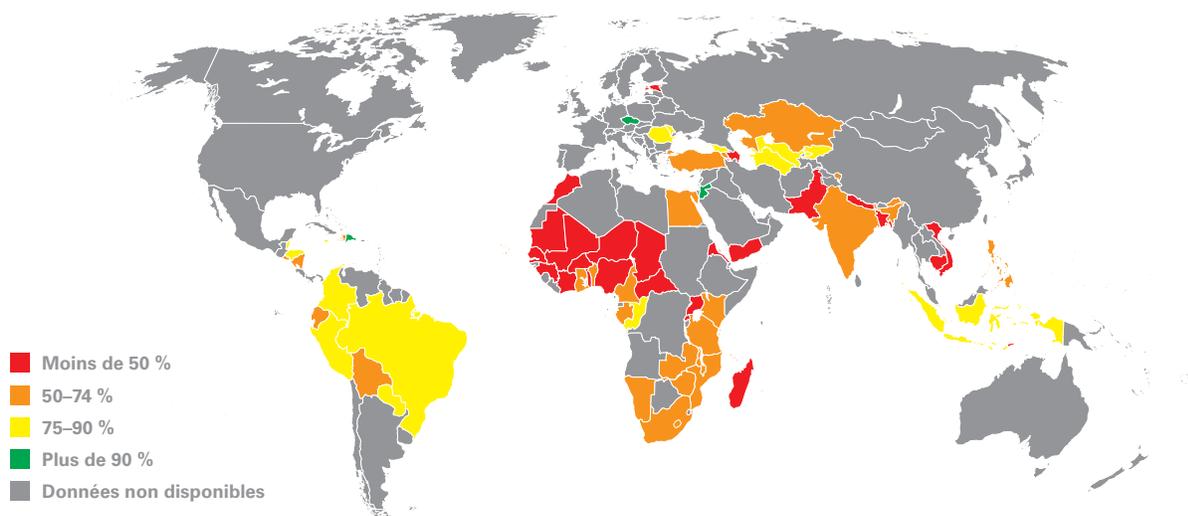
Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans recevant des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse et pourcentage recevant au moins quatre fois des soins prénatals (2000-2006)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails <www.childinfo.org>.

La couverture par quatre consultations prénatales est insuffisante dans le monde en développement

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans recevant des soins prénatals au moins quatre fois pendant leur grossesse (2000-2006)



Source : EDS et autres enquêtes nationales auprès des ménages; pour plus de détails <www.childinfo.org>.



Accouchement sous la surveillance d'un personnel sanitaire qualifié

L'une des interventions les plus essentielles pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelles consiste à s'assurer que les femmes reçoivent des soins appropriés pendant l'accouchement. Tous les accouchements devraient avoir lieu sous la surveillance d'un personnel possédant des qualifications suffisantes pour pratiquer des accouchements normaux dans de bonnes conditions d'hygiène et pour reconnaître les complications dès qu'elles se manifestent et, soit administrer le traitement nécessaire, soit aiguiller la femme vers les urgences si le traitement dépasse ses compétences. En cas d'aiguillage vers les services d'urgence, le personnel qualifié doit être soutenu par un système de santé qui fonctionne correctement.

Près de 50 millions de naissances survenant dans le monde en développement, soit environ 4 naissances sur 10 à l'échelon de la planète, ont lieu sans l'aide d'un personnel de santé qualifié. L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud affichent les taux les plus faibles d'accouchements sous la surveillance de soignants qualifiés et aussi les taux les plus élevés de mortalité maternelle. Par contre, dans les pays d'ECO/CEI, 95 % des accouchements interviennent sous la supervision d'un personnel qualifié.

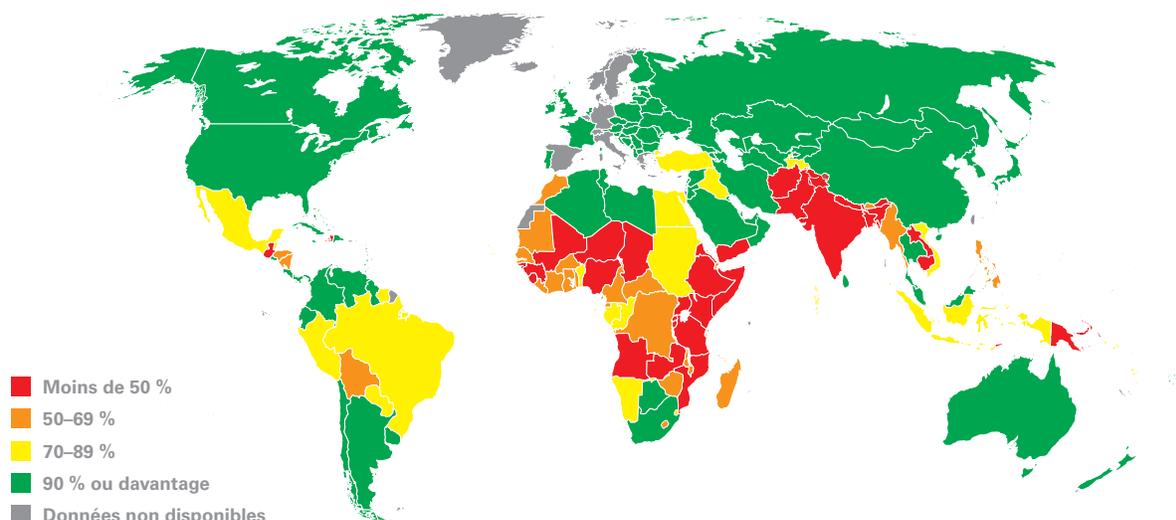
À l'exception de l'Afrique de l'Est/australe, toutes les régions en développement ont amélioré leur couverture pour la présence de soignants qualifiés pendant l'accouchement au cours de la dernière décennie, avec une amélioration particulièrement marquée au Moyen-Orient/Afrique du Nord, une région qui est passée de 55 % en 1995 à 74 % en 2005. Une dizaine de pays seulement regroupe plus des deux tiers des accouchements non surveillés de par le monde, l'Inde étant responsable à elle seule de plus d'un quart d'entre eux.

Partout dans le monde, les femmes qui accouchent en milieu urbain ont deux fois plus de chances de recevoir l'aide d'un personnel soignant qualifié que celles qui accouchent en milieu rural. Dans les pays pour lesquels on dispose de statistiques, on constate aussi une différence notable entre les riches et les pauvres : dans le monde en développement, les femmes les plus pauvres sont moitié moins nombreuses à bénéficier de la présence d'un personnel qualifié pendant leur accouchement que les femmes les plus riches.

La qualité des soins fournis est cruciale. En cas de complications, les soignants doivent avoir accès à des médicaments, des fournitures et des équipements essentiels, ainsi qu'aux soins obstétricaux d'urgence. Ils doivent recevoir la formation dont ils ont besoin. Et une bonne supervision du personnel soignant garantira des soins de bonne qualité, ce qui est extrêmement important.

Les taux d'accouchement sous la surveillance de soignants qualifiés en ECO/CEI sont parmi les plus élevés du monde

Pourcentage de naissances sous la surveillance d'un personnel sanitaire qualifié (2000–2006)

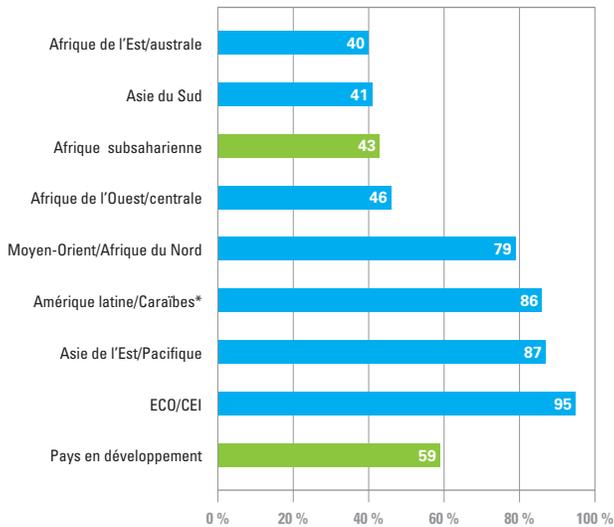


Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails <www.childinfo.org>.



L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud sont à la traîne des autres régions pour la couverture des accouchements par des soignants qualifiés

Pourcentage de naissances sous la surveillance d'un personnel soignant qualifié, par région (2000–2006)

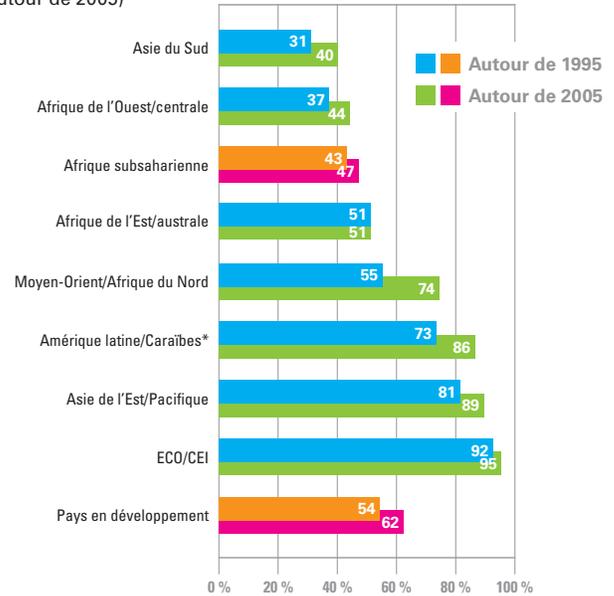


* Les estimations pour l'Amérique latine/Caraïbes se fondent sur les prestations de services en établissement.

Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails <www.childinfo.org>.

Dans toutes les régions, la couverture des accouchements par des soignants qualifiés s'est améliorée au cours de la dernière décennie

Tendances dans le pourcentage de naissances sous la surveillance de soignants qualifiés, par région, sur la base d'un sous-ensemble de 80 pays disposant de données sur les tendances (autour de 1995 et autour de 2005)

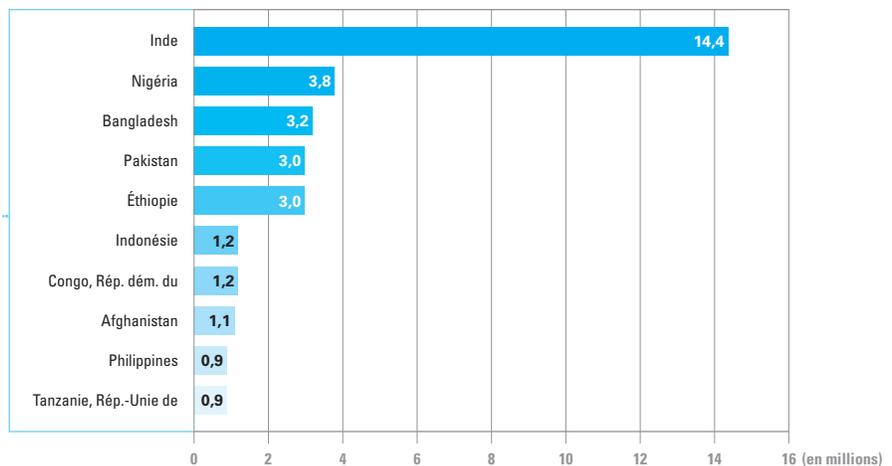
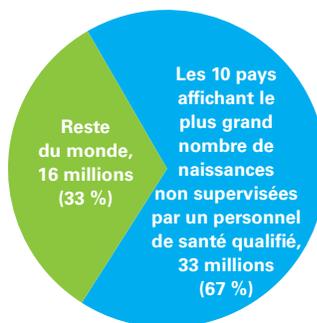


* Les estimations pour l'Amérique latine/Caraïbes se fondent sur les prestations de services en établissement.

Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails <www.childinfo.org>.

Les deux tiers des naissances non supervisées par un personnel qualifié surviennent dans 10 pays

Estimation du nombre annuel de naissances non supervisées par un personnel sanitaire qualifié (2006)

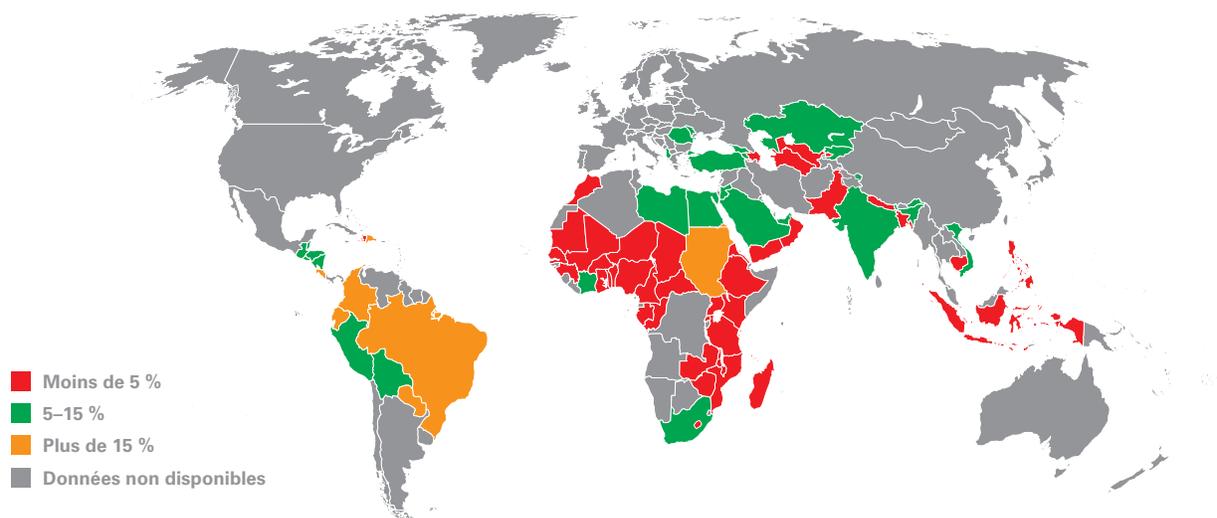


Source : analyse de l'UNICEF fondée sur des EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages et données de la Division de la population des Nations Unies.



Beaucoup de femmes des zones rurales d'Afrique subsaharienne n'ont pas accès aux césariennes

Taux de césariennes pratiquées dans les zones rurales (2000–2006)



Source : EDS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Soins obstétricaux d'urgence

Lorsque des complications comme les hémorragies, la septicémie et l'obstruction du travail se manifestent à la naissance, les femmes ont besoin d'avoir accès à des soins immédiats dans un centre de santé ou un hôpital. Un établissement équipé pour administrer des soins obstétricaux d'urgence comporte sept fonctions capitales : administration parentérale d'antibiotiques, médicaments ocytotiques et anticonvulsivants; délivrance artificielle du placenta; évacuation du contenu utérin; accouchement par voie basse instrumenté; et réanimation néonatale. Un établissement équipé pour administrer des soins obstétricaux d'urgence complets peut pratiquer des césariennes et des transfusions sanguines, en plus de ces sept fonctions capitales.

L'indicateur des « besoins satisfaits » mesure l'utilisation des services obstétricaux d'urgence; on peut s'attendre à ce que dans 15 % des naissances vivantes des complications interviennent exigeant l'administration de soins obstétricaux d'urgence, et toutes les femmes rencontrant de telles complications doivent avoir accès à ces soins. Les études réalisées dans plusieurs pays africains révèlent des lacunes importantes en ce qui concerne la couverture¹².

L'un des obstacles qui barre l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est l'absence d'établissements de santé à proximité des communautés rurales. On peut également citer l'absence de moyens de transports et de routes praticables. Au-delà des ces obstacles géographiques, d'autres barrières, financières et

culturelles celles-là, risquent fort d'empêcher les populations d'avoir recours aux services d'urgence. Et l'établissement doit aussi posséder une infrastructure efficace, des fournitures et des équipements médicaux, ainsi qu'un personnel qualifié. Une étude réalisée dans le nord de la République-Unie de Tanzanie a révélé que le principal obstacle était la mauvaise qualité des soins dans les établissements et non l'ignorance des mères ou des problèmes d'accès aux établissements¹³.

Puisque la césarienne est nécessaire dans 5 à 5 % des accouchements, une utilisation inférieure à 5 % de cette intervention indique probablement que les soins d'urgence appropriés ne sont pas disponibles. Des taux de césarienne supérieurs à 15 % ont été associés avec des taux plus élevés de mortalité et de morbidité maternelles.

Soins post-partum

La période post-partum couvre les 42 jours qui suivent la naissance et dans cette période, la plupart des décès maternels surviennent au cours de la première semaine. Cependant, les données sur les soins maternels post-partum sont rarement disponibles et, parmi tous les indicateurs concernant le continuum de soins maternels, aux nouveau-nés et aux enfants dans 68 pays prioritaires qui font partie de l'Initiative Compte à rebours 2015¹⁴, ce sont les visites postnatales qui ont la couverture la plus faible. Même les mères et les bébés qui ont reçu des soins immédiats sont souvent négligés



au cours des jours et des semaines qui suivent. Pour des questions culturelles ou traditionnelles, ou parce que l'accès est difficile, les mères ne cherchent pas toujours à obtenir des soins post-partum, même quand leur état est critique, par exemple en cas de saignement post-partum. Les soignants qui travaillent dans le dispensaire local ne sont pas toujours capables d'évaluer la gravité de telles complications maternelles et de fournir rapidement un traitement ou d'aiguiller la patiente vers un service adéquat. Il apparaît clairement qu'il faut développer les soins post-partum et améliorer la continuité et la coopération entre les soignants qui supervisent l'accouchement, et les services ultérieurs au niveau de l'établissement et dans la communauté.

Contraception et planification familiale

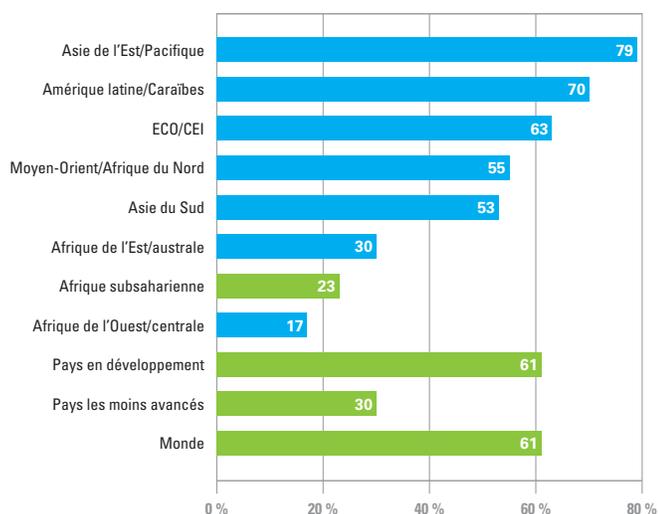
La réduction du nombre de grossesses non désirées fera aussi reculer le risque de décès maternel pendant les années où une femme est féconde. L'un des indicateurs de l'OMD est le taux de prévalence contraceptive, ou le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou vivant maritalement qui utilisent une méthode de contraception.

Le taux de prévalence contraceptive est de 61 % dans le monde en développement et de 30 % seulement dans les pays les moins avancés. En Afrique subsaharienne, 23 % seulement des femmes mariées ou vivant en union utilisent une forme de contraception; sur les 11 pays du monde où moins de 10 % des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont mariées ou vivent maritalement utilisent une méthode contraceptive, tous sauf 3 sont situés dans cette région.

L'accès à une contraception efficace protège la santé de la mère en évitant handicaps et décès; selon les estimations, la promotion de la planification familiale, dans la continuité des politiques nationales, permettrait d'éviter un tiers des décès maternels dans les pays où les taux de natalité sont élevés¹⁵. Les données permettent de penser que les grossesses non désirées comportent davantage de risques que les grossesses désirées, et que les femmes enceintes sans l'avoir voulu ont de moins bonnes chances d'avoir accès rapidement aux soins prénatals et d'accoucher sous supervision médicale. Par ailleurs, l'espacement des naissances d'au moins deux ans augmente la chance de survie d'un enfant. La contraception évite aussi les avortements non médicalisés, contribuant ainsi à faire reculer les décès et handicaps maternels¹⁶.

L'utilisation de méthodes contraceptives est la plus forte en Asie de l'Est/Pacifique, la plus faible en Afrique subsaharienne

Pourcentage de femmes mariées ou vivant maritalement âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, par région (2000–2006)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Taux de prévalence contraceptive, 2000–2006

Pourcentage de femmes mariées ou vivant maritalement âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, par région (2000–2006)

Pays en développement dans lesquels la prévalence est la plus faible (%)	
Tchad	3
Sierra Leone	5
Angola	6
Îles Salomon	7
Soudan	7
Érythrée	8
Mali	8
Mauritanie	8
Burundi	9
Djibouti	9
Guinée	9
Pays en développement dans lesquels la prévalence est la plus forte (%)	
Costa Rica	96
Chine	87
Bulgarie	86 x
Uruguay	84 x
République de Corée	81 x
Colombie	78
Bésil	77 x
Cuba	77
Thaïlande	77
Venezuela (République bolivarienne du)	77 x

x : les données portent sur des années ou des périodes différentes de celles spécifiées.

Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.



Les « besoins non satisfaits » en matière de contraception sont un autre indicateur de l'OMD; il s'agit des femmes qui ne veulent pas d'enfant ou qui veulent remettre à plus tard leur prochaine grossesse mais qui n'utilisent pas de méthode de contraception. Près de 137 millions de femmes qui veulent espacer les naissances ou limiter le nombre d'enfants qu'elles mettront au monde n'utilisent aucune méthode contraceptive, tandis que 64 autres millions de femmes s'en remettent uniquement aux méthodes traditionnelles, comme la technique du retrait¹⁷. Il semblerait que jusqu'à 100 000 décès maternels pourraient être évités chaque année si les besoins en matière de contraception étaient réellement satisfaits¹⁸.

ESTIMATIONS ET INDICATEURS PERTINENTS

Taux de fécondité

En 2006, le taux de fécondité cumulée dans le monde – le nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge – était de 2,6. Ce chiffre cache des différences profondes entre les régions, allant de 5,3 en Afrique subsaharienne

à 1,9 en Asie de l'Est/Pacifique et 1,7 en ECO/CEI, ces deux derniers taux étant inférieurs aux taux de remplacement.

Les pays en développement affichent des variations encore plus profondes de leurs taux de fécondité, allant de 7,3 au Niger et 7,2 en Afghanistan à 1,2 au Bélarus, en Bosnie-Herzégovine, en République de Corée et en Ukraine. Des niveaux élevés de fécondité signifient que les femmes sont davantage exposées aux risques de décès maternels. Les pays affichant des taux de fécondité très élevés font souvent partie des pays les moins avancés (voir tableau, pages 42-44).

Fécondité des adolescentes

Les grossesses chez les adolescentes, courantes dans de nombreuses régions du monde, comportent des risques particuliers. Les jeunes adolescentes peuvent ne pas être prêtes sur un plan physiologique et les adolescentes qui accouchent pour la première fois risquent de ne pas disposer des informations essentielles et de ne pas avoir accès à des services de santé et d'appui. Chaque année, près de 70 000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans meurent de complications liées à la grossesse, qui est la grande responsable de la mortalité dans ce groupe d'âge. Les mères de moins de 15 ans courent un risque encore plus grand et risquent cinq fois plus que les femmes âgées de 20-29 ans de mourir en couches. Tous les ans, entre 2,2 millions et 4 millions d'adolescentes subiraient des avortements non médicalisés,

Les taux de fécondité sont élevés dans la plus grande partie du monde en développement

Taux de fécondité cumulée* (2006)

Taux de fécondité cumulée, par région (2006)	
Afrique subsaharienne	5,3
Afrique de l'Est/australe	5,0
Afrique de l'Ouest/centrale	5,6
Moyen-Orient/Afrique du Nord	3,1
Asie du Sud	3,0
Amérique latine/Caraïbes	2,4
Taux de remplacement	2,1
Asie de l'Est/Pacifique	1,9
ECO/CEI	1,7
Pays industrialisés	1,7
Pays en développement	2,8
Pays les moins avancés	4,7
Monde	2,6

* Nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.

Source : Division de la population des Nations Unies.

La fécondité des adolescentes est élevée dans toute l'Afrique subsaharienne

Nombre annuel de naissances chez les femmes de 15 à 19 ans, pour 1 000 femmes de ce groupe d'âge (2006)

Taux de natalité chez les adolescentes, par région (2006)	
Afrique subsaharienne	126
Afrique de l'Est/australe	106
Afrique de l'Ouest/centrale	146
Moyen-Orient/Afrique du Nord	34
Asie du Sud	69
Asie de l'Est/Pacifique	19
Amérique latine/Caraïbes	78
ECO/CEI	31
Pays industrialisés	23
Pays en développement	58
Pays les moins avancés	121
Monde	54

Source : Division de la population des Nations Unies.



ce qui contribue largement à faire grossir le nombre de décès et de lésions permanentes¹⁹.

Le taux de fécondité des adolescentes est extrêmement élevé en Afrique subsaharienne. Les 10 pays affichant les taux les plus élevés de natalité chez les adolescentes se situent dans cette région, notamment en République démocratique du Congo (225 naissances pour 1 000 filles et jeunes femmes âgées de 15-19 ans), au Libéria (221) et au Niger (204).

Mariage des enfants

Les grossesses et la maternité chez les adolescentes sont une conséquence prévisible des mariages précoces et elles présentent des risques plus importants pour une mère qui n'a pas nécessairement atteint la maturité physique, et son bébé. Selon l'UNICEF, plus de 60 millions de femmes âgées de 20-24 ans étaient mariées ou en union avant l'âge de 18 ans – près de 34 % de toutes les femmes de ce groupe d'âge dans le monde en développement. Les mariages d'enfants sont surtout courants en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. En Asie du Sud, 45 % des jeunes filles et des femmes âgées de 20-24 étaient mariées avant l'âge de 18 ans, le taux étant de 40 % en Afrique subsaharienne et de 26 % en Amérique latine/Caraïbes²⁰. Le phénomène du mariage des enfants plonge ses racines dans les inégalités entre les sexes et la discrimination. L'enregistrement des naissances, l'établissement d'un âge minimum pour le mariage et les interventions ayant pour but de changer les normes communautaires et sociales sont autant de mesures importantes pour lutter contre le mariage des enfants et, partant, retarder l'âge de la première grossesse.

À PROPOS DES DONNÉES

La mortalité maternelle est très difficile à mesurer et peu de pays en développement savent exactement combien de femmes meurent en couches chaque année. Pour classer sans risque de se tromper un décès dans la catégorie des décès maternels, il faut posséder des informations sur les conditions de la grossesse, la cause du décès et le moment du décès par rapport à l'interruption de la grossesse. Il arrive que ces informations ne soient pas connues, qu'elles n'aient pas été répertoriées correctement ou qu'elles n'aient pas été signalées même dans les pays industrialisés dont les services d'état civil fonctionnent parfaitement, et partant, dans les pays en développement qui affichent les taux les plus élevés de mortalité maternelle. La cause de décès peut par exemple être incorrectement classifiée si l'on ne connaît pas le statut de la grossesse ou s'il existe un problème préalable aggravé par la grossesse ou l'accouchement. Il se peut aussi qu'il existe une certaine réticence à signaler un décès entraîné par un avortement.

En raison de ces difficultés, les estimations du taux de mortalité maternelle sont toujours fournies avec une fourchette d'incertitude. Ainsi, même s'il s'agit des meilleures estimations disponibles, le TMM « réel » pourrait être en réalité plus élevé ou plus faible que celui indiqué. Même si cela s'applique à toutes les statistiques, dans le cas du TMM l'incertitude est particulièrement élevée et il faut donc être prudent lors de l'interprétation de ces données. Pour de plus amples informations, voir l'encadré page 45.

Mutilations génitales féminines/excision (MGF/excision)

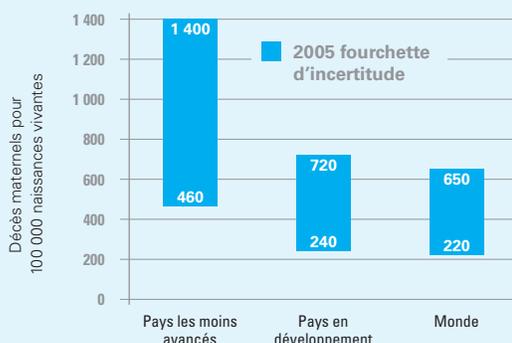
Les MGF et l'excision peuvent avoir de graves conséquences pendant l'accouchement, notamment en augmentant le risque de problèmes tels que le travail prolongé et l'hémorragie post-partum. Les taux de décès sont également plus élevés chez les nourrissons dont les mères ont subi cette pratique néfaste²¹. Pour les femmes comme pour leurs enfants, les dangers augmentent sensiblement pendant la naissance en fonction de la gravité de la mutilation subie²². Les MGF et l'excision sont le reflet des inégalités entre les sexes et de la discrimination, une forme de violence à l'égard des filles. Selon l'UNICEF, dans 27 pays d'Afrique et du Moyen-Orient, 70 millions de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des MGF, notamment l'excision²³.

Éducation et autonomisation des femmes

Selon les statistiques, chaque année d'instruction supplémentaire par tranche de 1 000 femmes permet d'éviter deux décès maternels²⁴. Les études démontrent que la mortalité maternelle recule également en fonction des connaissances relatives aux pratiques de santé, d'une utilisation accrue des services de santé pendant la grossesse et la naissance, de l'amélioration de la nutrition et d'un meilleur espacement des naissances – autant de facteurs qui sont renforcés par l'éducation des filles²⁵. Les femmes et les filles acquièrent une autonomie lorsque elles possèdent de bonnes connaissances sur la santé de procréation, la sexualité, le VIH et le SIDA, et quand elles peuvent prendre des décisions sur ces questions.

Une large fourchette d'incertitude statistique empêche de calculer précisément les tendances du taux de mortalité maternelle

Taux de mortalité maternelle, fourchette d'incertitude (2005)



Source : Banque mondiale, OMS, UNICEF et UNFPA; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE : la région où les mères sont les plus menacées

L'Afrique de l'Ouest/centrale affiche plus de 30 % des décès maternels de la planète et 162 000 femmes sont mortes en 2005 de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement. Le taux de décès maternel y est sensiblement plus élevé que dans toute autre région du monde avec 1 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Par ailleurs, aucun progrès réel n'a été constaté dans ce secteur depuis 1990. Sur les 23 pays de la région possédant des estimations comparables, tous, à l'exception du Cap-Vert, affichent des TMM d'au moins 500, et un tiers de ces pays enregistre un TMM de 1 000, voire supérieur.

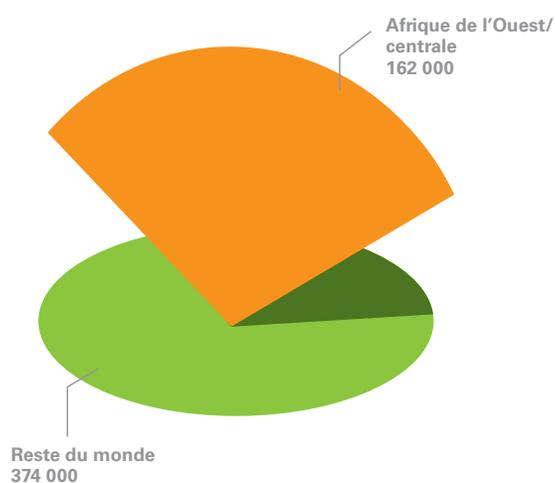
Près des deux tiers des décès maternels de la région surviennent en République démocratique du Congo, au Niger et au Nigéria – qui représentent ensemble près de 20 % de tous les décès maternels de la planète.

L'Afrique de l'Ouest/centrale affiche les taux de fécondité les plus élevés du monde, avec un taux de fécondité cumulée de 5,6 et un taux moyen de natalité chez les adolescentes de 146 naissances pour 1 000 filles et jeunes femmes de 15 à 19 ans. Dans 17 pays, moins d'un cinquième des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont mariées ou vivent maritalement utilisent une méthode de contraception. De plus, dans cette région, les taux d'alphabétisation des femmes, un indicateur associé à la fécondité, sont parmi les plus faibles du monde.

Ces taux élevés de fécondité signifient que les femmes sont plus souvent exposées au risque de décès maternel. Le risque de décès maternel tout au long de la vie pour les femmes de cette région est en moyenne de 1 sur 17; au Niger, il atteint même 1 sur 7, soit le risque le plus élevé du monde, et ce pays est suivi de près par la Sierra Leone avec 1 sur 8.

Seulement 46 % des femmes de la région qui accouchent le font sous la surveillance d'un soignant qualifié. En zones urbaines, les femmes sont deux fois plus nombreuses qu'en zones rurales à mettre leur enfant au monde en présence d'un soignant qualifié, et au Tchad le taux est de huit pour une. Les disparités fondées sur

Nombre estimatif annuel de décès maternels en Afrique de l'Ouest/centrale (2005)

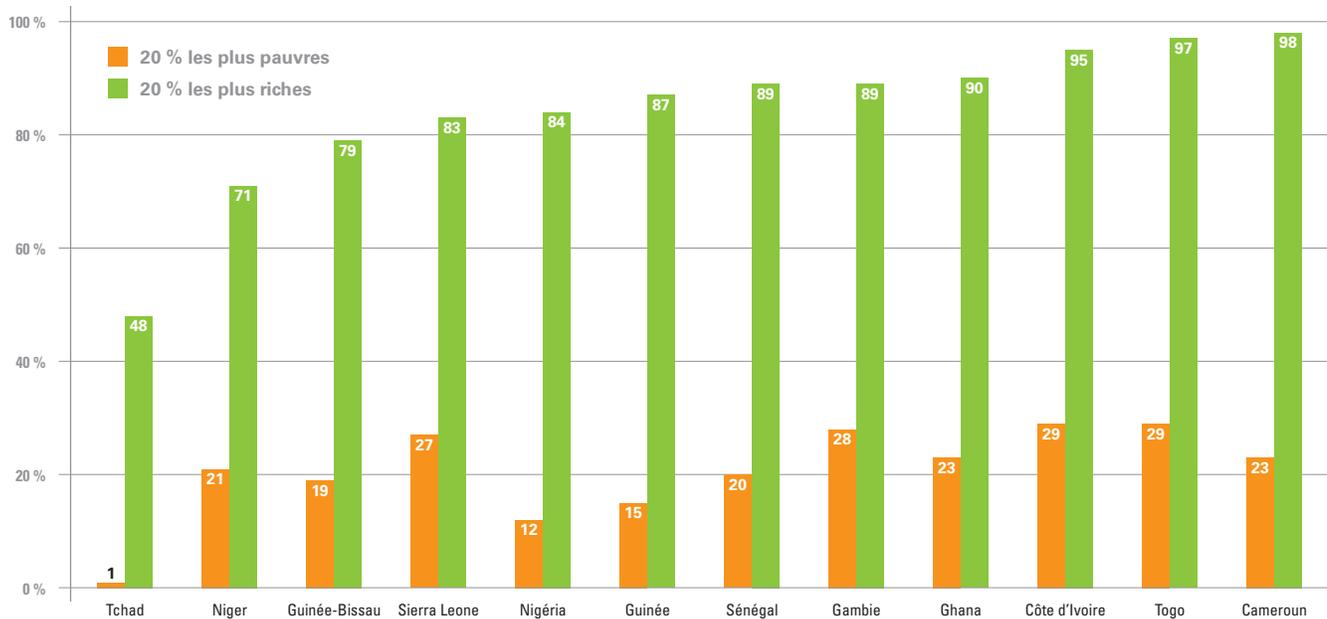


Source : Banque mondiale, OMS, UNICEF et UNFPA; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

La région affiche les niveaux les plus élevés de mortalité maternelle dans le monde et aucun progrès notable n'a été accompli depuis 1990

Les femmes des ménages les plus pauvres ont moins fréquemment la possibilité d'être suivies par un soignant qualifié pendant l'accouchement

Pourcentage de naissance avec l'assistance d'un personnel soignant qualifié, par quintile fondé sur la richesse, dans les pays où la différence est d'au moins 50 points de pourcentage (2004–2006)



Source : EDS et MICS; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

la richesse du ménage sont encore plus profondes. Dans 16 pays possédant ce type de statistiques, les femmes du quintile le plus riche sont 3,5 fois plus nombreuses que les femmes du quintile le plus pauvre à accoucher avec l'assistance d'un personnel soignant qualifié. Là encore, c'est le Tchad qui affiche l'écart le plus profond avec 1 % seulement des femmes les plus pauvres desservies contre 48 % des femmes les plus riches.

Quelques progrès ont été accomplis au cours des dernières années, bien qu'ils ne se soient pas encore traduits en amélioration du taux global de mortalité maternelle. Le pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié dans l'ensemble de la région a augmenté, passant de 37 % à 44 % pendant la période 1995–2005, ce qui représente l'une des améliorations régionales de la couverture les plus importantes du monde. Le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Togo ont fait des progrès considérables, avec une amélioration de la couverture d'au moins 10 points de pourcentage; aujourd'hui plus de la moitié des accouchements sont assistés par un personnel soignant qualifié.

Les statistiques révèlent toutefois que le manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence reste un grave problème. Dans 15 des 16 pays pour lesquels des données sont disponibles, moins de 5 % des femmes des zones rurales ont subi une césarienne, ce qui indique que de nombreuses femmes des zones rurales n'ont toujours pas accès à cette procédure qui peut leur sauver la vie.

Selon des données récentes provenant du Burkina Faso, du Cameroun, du Ghana et du Niger, la majorité des femmes qui n'accouchent pas dans un dispensaire ou un hôpital n'ont pas d'examen médical post-partum; même pour la minorité de femmes qui est vue par un soignant, moins de la moitié est examinée dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, la période pendant laquelle la plupart des complications interviennent.

Bien que 67 % des femmes d'Afrique de l'Ouest/centrale reçoivent des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse, cette moyenne couvre des écarts profonds en termes de couverture, allant de 39 % des femmes au Tchad à 99 % au Cap-Vert.



Seulement 44 % des femmes de la région ont accès au moins quatre fois aux soins prénatals, comme recommandé. L'écart le plus profond est enregistré au Burkina Faso, où 85 % des femmes sont examinées au moins une fois, mais 18 % seulement sont examinées quatre fois ou davantage.

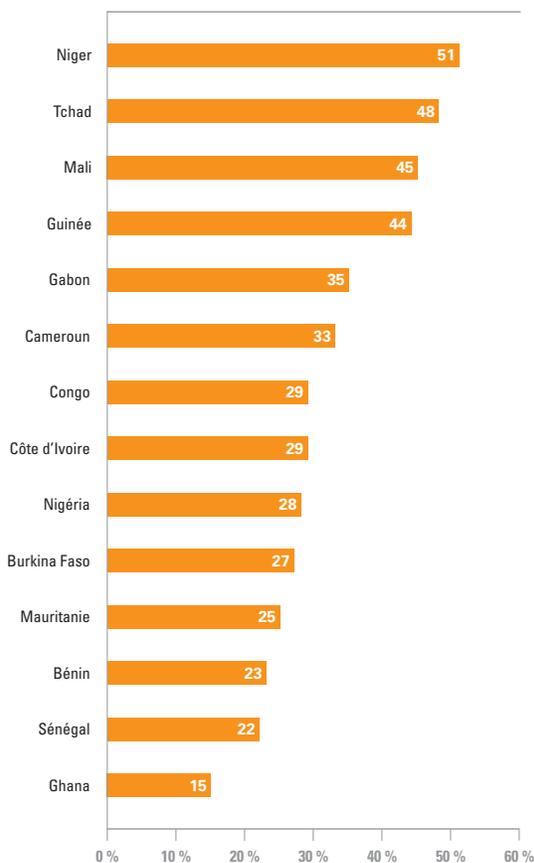
Le paludisme est endémique dans la région et l'Afrique, en tant que continent, abrite plus de 60 % des 50 millions de femmes enceintes qui sont exposées chaque année au paludisme. En Afrique de l'Ouest/centrale, le pourcentage de femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans à qui l'on a administré un traitement préventif intermittent contre le paludisme pendant les visites

prénatales reste faible. Dans les pays qui possèdent des chiffres sur cet indicateur extraits d'enquêtes sur les ménages, la couverture est inférieure à 10 %, à l'exception de la Gambie (33 %), du Ghana (27 %) et du Togo (18 %)²⁶.

Une étude réalisée en 2007 a permis d'établir qu'au moins cinq pays de la région – Burkina Faso, Congo, Ghana, Mali et Sénégal – avaient adopté des politiques intégrant des examens des décès maternel afin d'améliorer la qualité et la transparence des soins de santé maternelle²⁷.

Les taux élevés de fécondité chez les adolescentes signifient que nombre de jeunes femmes sont très menacées

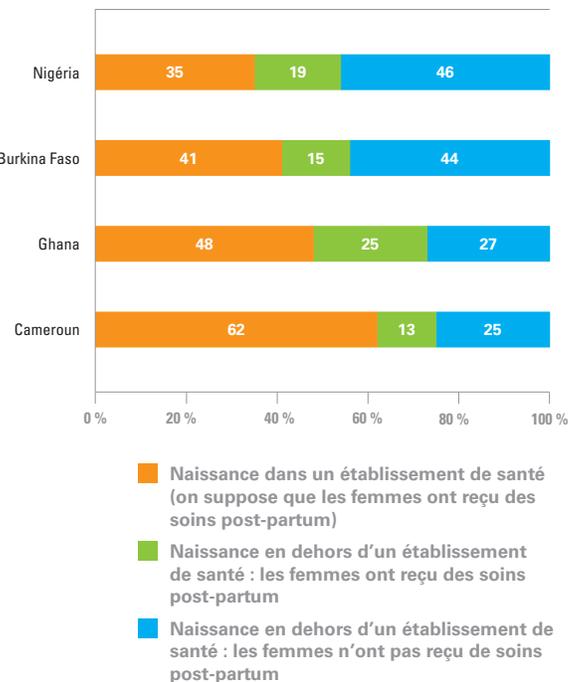
Pourcentage de femmes (âgées de 20 à 24 ans) qui avaient déjà mis un enfant au monde à l'âge de 18 ans (2000-2006)



Source : sélection d'enquêtes démographiques et sanitaires, <www.measuredhs.com>.

Un pourcentage non négligeable de femmes ne reçoit pas de soins post-partum

Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont accouché selon le lieu de l'accouchement et la couverture par les soins post-partum lorsque les naissances n'ont pas eu lieu dans un établissement de santé (2003-2004)



Source : Fort, Alfredo L., et al., 'Post-partum Care: Levels and determinants in developing countries', *DHS Comparative Reports 15*, Macro International, Inc., Calverton (USA), décembre 2006, p. 11.

AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE : des progrès minimes

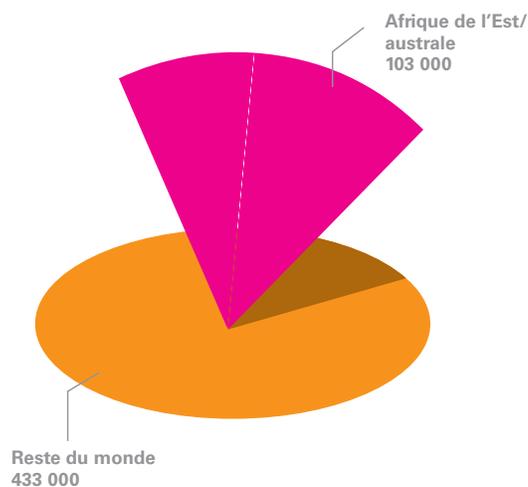
L'Afrique de l'Est/australe regroupe un cinquième des décès maternels de la planète et affiche le deuxième taux le plus élevé de mortalité maternelle. Les données révèlent peu de changements concernant le TMM : 790 en 1990 contre 760 en 2005. Dans cinq des pays de la région, le TMM est supérieur à 1 000 : Angola et Somalie (1 400 dans les deux cas), Rwanda (1 300), Burundi et Malawi (1 100 pour les deux). Globalement, le risque sur une vie de décès maternel est de 1 sur 29, et tous les pays de la région sauf six affichent des risques permanents supérieurs à 1 sur 50.

Les risques permanents les plus élevés concernent les femmes d'Angola et de Somalie (1 sur 12), tandis que Maurice fait exception avec un risque de 1 sur 3 300 proche de celui de certains pays industrialisés au bas de l'échelle. Le risque sur toute la vie comprend le taux de mortalité maternelle et le taux de fécondité cumulée; ainsi les niveaux élevés de fécondité dans la région – à 5,0 – contribuent au risque important de décès au cours de la vie.

Seulement 40 % des femmes enceintes d'Afrique de l'Est/australe mettent au monde leur bébé avec l'assistance d'un soignant qualifié, et aucun progrès notable n'a été enregistré dans ce domaine entre 1995 et 2005. L'Afrique du Sud, le Rwanda et le Swaziland affichent toutefois certains progrès récents; en Afrique du Sud, la couverture est aujourd'hui de 92 %, juste derrière Maurice, 98 %, et le Botswana, 94 %.

Les femmes qui vivent dans des zones urbaines de la région ont deux fois plus de chances d'accoucher avec l'assistance d'un personnel soignant qualifié que les femmes des zones rurales, avec des couvertures de 73 % et 30 %, respectivement.

Nombre estimatif annuel de décès maternels en Afrique de l'Est/australe (2005)

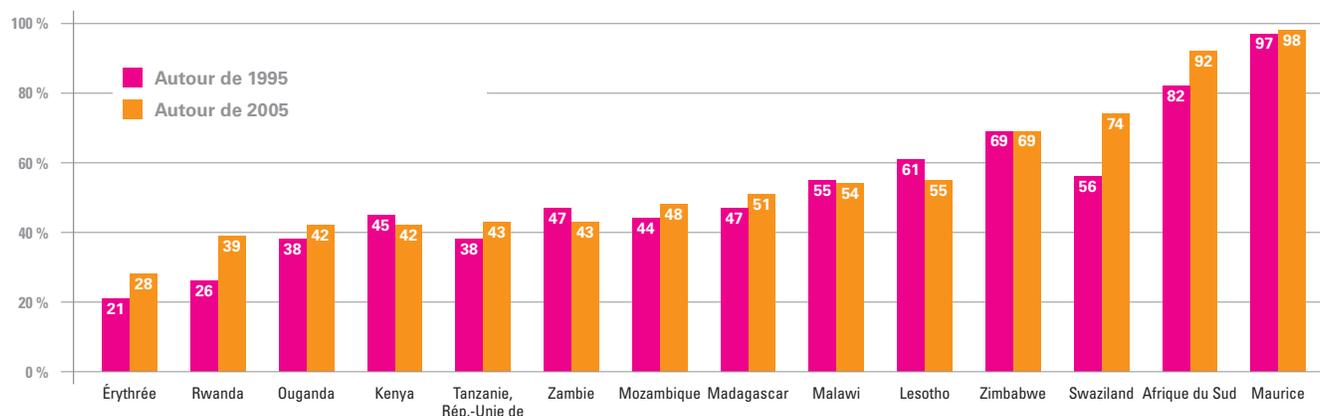


Source : Banque mondiale, OMS, UNICEF et UNFPA; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

La région affiche les deuxièmes taux les plus élevés de mortalité maternelle et de fécondité du monde

Plusieurs pays ont amélioré leur couverture en matière d'assistance des accouchements par un personnel soignant qualifié au cours de la dernière décennie

Tendances concernant le pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié, dans les pays possédant des données comparables sur les tendances (autour de 1995 et autour de 2005)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

Les écarts selon le quintile des ménages défini en termes de richesse sont également profonds. Sur les pays qui possèdent des statistiques dans ce domaine, l'Érythrée, le Kenya, Madagascar, le Mozambique et la Somalie affichent des taux de couverture de plus de 75 % pour les femmes appartenant aux 20 % des ménages les plus riches, mais une couverture faible pour les femmes les plus pauvres, avec un énorme écart de 12 pour 1 en Érythrée.

L'Afrique du Sud est le seul pays de la région affichant un taux de césarienne dans les zones rurales de plus de 5 %. Il en ressort que de nombreuses femmes vivant dans des zones rurales n'ont pas accès aux soins obstétricaux d'urgence. Des études sur les établissements de santé réalisées récemment au Kenya et en République-Unie de Tanzanie révèlent que les services obstétricaux d'urgence ne sont pas disponibles aux niveaux recommandés et doivent être élargis²⁸.

Dans cette région, 71 % des femmes ont accès aux soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse. Au moins les deux tiers des femmes bénéficient de ce niveau de base des soins prénatals dans tous les pays sauf l'Éthiopie et la Somalie, qui sont à la traîne

avec une couverture de 28 % et 26 % seulement, respectivement. Dans la plupart des pays qui disposent de statistiques, au moins 40 % des femmes ont accès au minimum recommandé de quatre consultations prénatales. Au Rwanda, 13 % seulement des femmes enceintes vont quatre fois en consultation, tandis que 94 % ont au moins une visite médicale.

Le taux de fécondité cumulée, à 5,0, est le deuxième plus élevé du monde, juste après l'Afrique de l'Ouest/centrale. Les écarts entre le pays sont toutefois considérables, allant de 1,9 à Maurice à 6,8 au Burundi. L'Angola, le Burundi, l'Ouganda, le Rwanda et la Somalie affichent des taux de fécondité cumulée de 6,0 ou plus. Le taux de natalité chez les adolescentes, à 106 naissances pour 1 000 filles et jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, n'est aussi surpassé que par celui de l'Afrique de l'Ouest/centrale.



Dans cette région, 3 femmes mariées ou en union sur 10 utilisent une méthode de contraception. En Angola, au Burundi et en Érythrée, moins de 1 femme sur 10 a recours à la contraception. L'Ouganda affiche les taux les plus élevés de besoins non satisfaits, à 41 %, alors que la majorité de ces femmes affirment qu'elles désirent espacer les naissances.

L'anémie est un autre facteur qui contribue à la mortalité maternelle. Des enquêtes récentes sur les ménages dans cette région ont permis de mesurer l'hémoglobine pour déterminer les niveaux d'anémie chez les femmes en âge d'avoir des enfants. Pratiquement la moitié des femmes soumises à l'enquête en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie souffraient d'une forme quelconque d'anémie, dont 14 % et 16 %, respectivement, souffraient d'anémie modérée à grave.

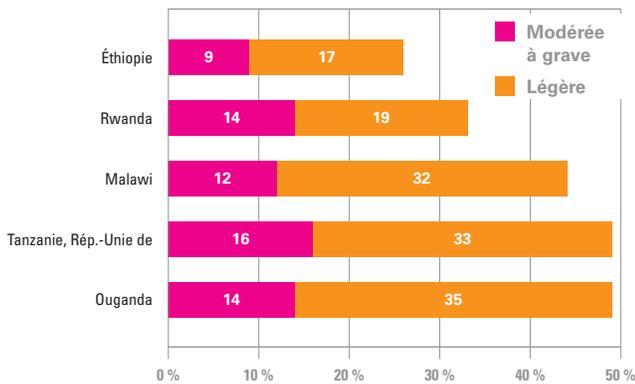
Le VIH et le SIDA contribuent aux taux élevés de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne. L'Afrique de l'Est/australe est la région qui affiche le taux de prévalence du VIH le plus élevé

et le plus grand nombre d'enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH, la plupart d'entre eux l'ayant acquis de leur mère pendant la grossesse et l'accouchement. Il semblerait que 13,5 % des femmes enceintes vivant dans les capitales soient infectées. Chez les femmes enceintes séropositives vivant dans la région, la couverture par la prophylaxie antirétrovirale de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant est passée de 11 % en 2004 à 31 % en 2006²⁹.

L'Afrique du Sud fut le premier pays d'Afrique subsaharienne à institutionnaliser l'étude des décès maternels dans son système de santé, en introduisant en 1997 l'Enquête confidentielle sur les décès maternels. Le Botswana, le Kenya, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie ont adopté aujourd'hui des orientations comprenant une étude des décès maternels³⁰.

La moitié des femmes en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie sont anémiques

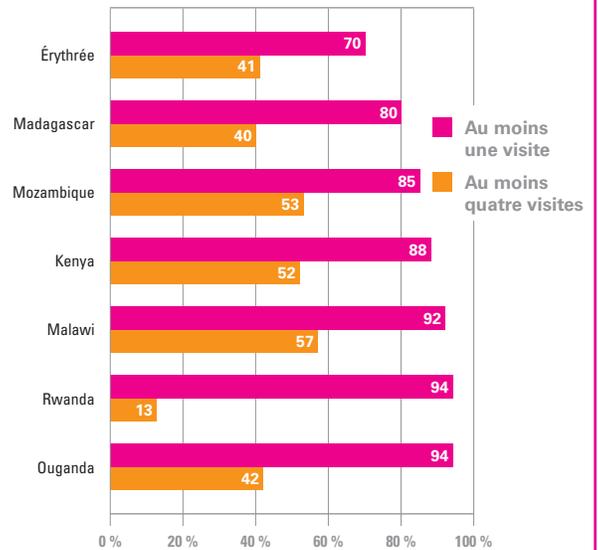
Prévalence de l'anémie chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, dans les pays disposant de statistiques (2004–2006)



Source : sélection d'enquêtes démographiques et sanitaires, <www.measuredhs.com>.

Dans la plupart des pays disposant de données, plus de 40 % des femmes effectuent les quatre visites prénatales recommandées

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accès aux soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse et pourcentage recevant au moins quatre fois des soins prénatals (2002–2006)



Source : EDS et MICS; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

ASIE DU SUD : des progrès inégaux

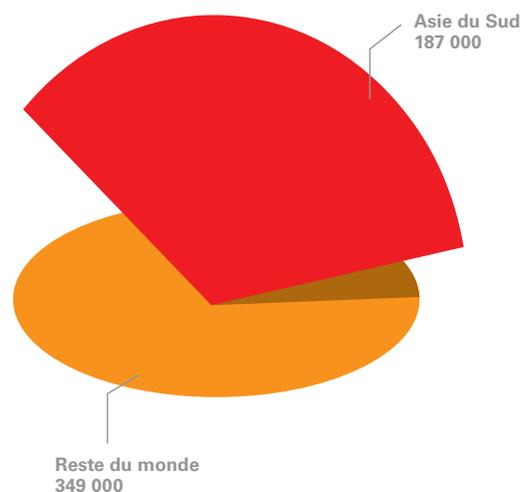
Plus d'un tiers des 536 000 femmes qui ont succombé à leur maternité en 2005 vivaient en Asie du Sud – la région dans laquelle la proportion de décès maternels est plus forte que dans toute autre région. À elle toute seule, l'Inde, avec 117 000 décès en 2005, affichait environ un cinquième du nombre total de décès maternels de la planète. En Asie du Sud, le taux de mortalité maternelle est de 500 pour 100 000 naissances vivantes. Globalement, les femmes d'Asie du Sud courent 1 risque sur 59 de succomber à leur maternité au cours de leur vie. Si le risque est relativement élevé dans la plupart des pays, la région affiche des variations notables allant de 1 sur 8 en Afghanistan à 1 sur 850 à Sri Lanka.

Toutefois, les statistiques font apparaître une certaine réduction des taux de mortalité maternelle depuis 1990. Selon les meilleures estimations disponibles, le TMM en Asie du Sud était de 650 en 1990 et de 500 en 2005, soit une réduction de 22 %.

Les femmes d'Asie du Sud sont celles qui ont les moins bonnes chances d'accoucher avec l'assistance d'un soignant qualifié. Seulement 41 % des bébés sont mis au monde par un professionnel de la santé et rien qu'en Inde, selon les estimations, 14,4 millions de naissances ont lieu sans l'assistance d'un soignant qualifié. On constate toutefois une nette amélioration de la couverture régionale, qui est passée de 31 % autour de 1995 à 40 % autour de 2005.

Dans l'ensemble de la région, les zones rurales enregistrent des succès notables. La proportion de femmes des zones rurales au Népal qui ont donné naissance à un bébé avec l'assistance d'un professionnel de la santé est passée de 8 % en 2001 à 14 % en 2006. En Inde rurale, les données font apparaître un léger accroissement de la couverture entre 1999 et 2006.

Nombre estimatif annuel de décès maternels en Asie du Sud (2005)

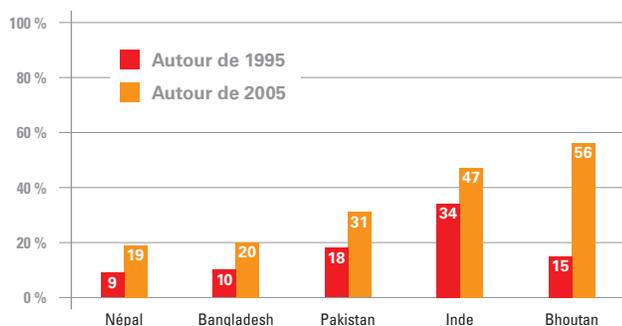


Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

La région affiche toujours des niveaux très élevés de mortalité maternelle, mais il y a de bonnes raisons d'être optimiste

Dans de nombreux pays d'Asie du Sud, on constate que la présence d'un soignant qualifié à l'accouchement est plus fréquente...

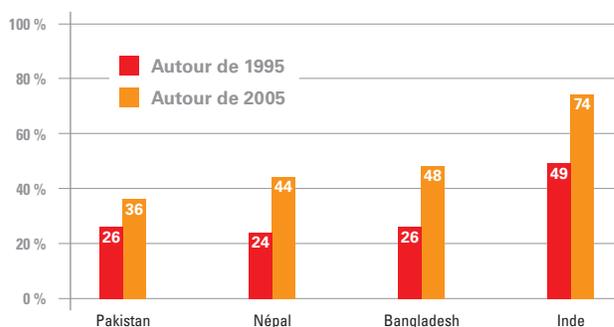
Tendances concernant le pourcentage de naissances sous la surveillance d'un personnel de santé qualifié, dans les pays disposant de données comparables (autour de 1995 et autour de 2005)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

... et que la couverture par les soins prénatals s'améliore

Tendances concernant le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans examinées au moins une fois pendant leur grossesse par un soignant qualifié (autour de 1995 et autour de 2005)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

En règle générale, les femmes des zones urbaines risquent toujours deux fois plus que les femmes des zones rurales d'accoucher avec l'assistance d'un soignant qualifié – le taux étant de 5 pour 1 en Afghanistan. Les zones rurales du Bangladesh, du Népal et du Pakistan affichent des taux de césariennes inférieurs à 5 %, ce qui permet de penser que l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est nettement insuffisant.

Les disparités sont encore plus profondes quand on considère la richesse du ménage. En Inde, les femmes les plus riches ont 4 fois plus de chances que les femmes les plus pauvres d'accoucher avec l'assistance d'un professionnel, le taux étant de 8 pour 1 au Bangladesh et de 11 pour 1 au Népal.

La plupart des pays de la région souffrent d'une pénurie critique de médecins, de personnel infirmier et de sages-femmes³¹. La pénurie de personnel et l'absence de politiques efficaces et de stratégies relatives aux ressources humaines dans certains pays entraveront la réalisation de l'OMD 5.

Les obstacles aux soins d'urgence peuvent aussi poser un problème. Lors d'une étude représentative au niveau national réalisée en 2001 au Bangladesh, 61 % des femmes interrogées ont indiqué avoir subi au moins une complication associée à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum au cours des trois années précédentes. Lorsque ces complications mettaient leur vie en danger, dans 62 % des cas seulement les femmes avaient pu se faire soigner. La raison la plus souvent évoquée pour ne pas chercher des soins était le coût des soins³².

Toutefois certains progrès encourageants ont été enregistrés au Bangladesh : accroissement du niveau de soins qualifiés à la naissance au cours de la dernière décennie, traitement communautaire répandu de la septicémie par antibiotiques selon des rapports empiriques³³ et taux de prévalence de la contraception de 58 %.

La couverture par les soins prénatals en Asie du Sud est la plus faible du monde, mais les améliorations sont plus rapides que dans toute autre région. Alors que 46 % seulement des femmes bénéficiaient d'une consultation prénatale au milieu des années 1990, le taux atteignait 65 % autour de 2005. Le Bangladesh, l'Inde et le Népal ont tous progressé d'au moins 20 point de pourcentage, avec des améliorations plus importantes dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Toutefois, plusieurs obstacles bloquent de nouveaux progrès. L'étude la plus récente sur la santé familiale réalisée en Inde permet de penser que les femmes n'ont souvent pas la possibilité de se rendre aux consultations prénatales : 40 % des conjoints des femmes qui n'avaient pas reçu de soins prénatals ont répondu qu'ils avaient estimé que ce n'était pas nécessaire, ou ils avaient refusé d'autoriser la consultation; encore 15 % des conjoints ont indiqué que quelqu'un d'autre dans la famille n'avait pas jugé ces soins nécessaires ou n'avait pas autorisé la consultation³⁴.



L'Asie du Sud affiche un taux de fécondité cumulé de 3,0, avec toutefois des variations allant de 1,9 au Sri Lanka à 7,2 en Afghanistan. Le tableau est similaire pour le taux de natalité chez les adolescentes, qui va de 24 naissances pour 1 000 jeunes filles et femmes âgées de 15 à 19 ans aux Maldives à 132 au Bangladesh, où 46 % des femmes âgées de 20 à 24 ans interrogées récemment ont indiqué avoir mis au monde un enfant avant leur 18^{ème} anniversaire³⁵.

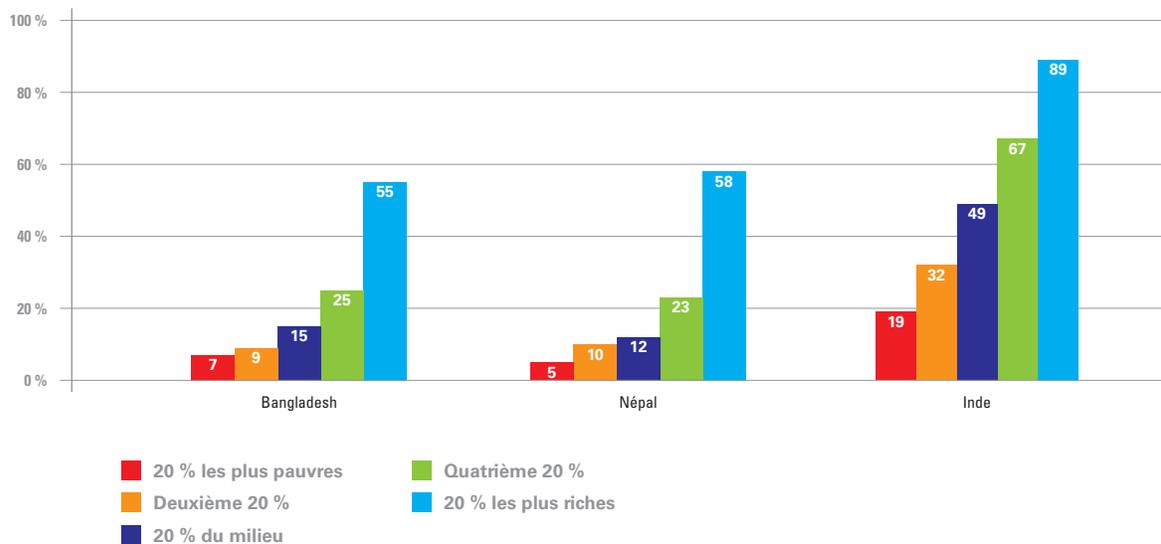
L'utilisation de la contraception varie profondément au sein de la région, allant de 10 % des femmes mariées ou en union en Afghanistan à 70 % à Sri Lanka. Globalement, un peu plus de la moitié des femmes d'Asie du Sud âgées de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en union utilisent une méthode de contraception.

L'Asie du Sud affiche l'un des niveaux de dénutrition maternelle les plus élevés du monde, un facteur qui contribue au risque de mortalité maternelle et à la forte proportion de nourrissons souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance. En Inde, une femme adulte sur trois souffre d'insuffisance pondérale³⁶.

Le Bangladesh, l'Inde et le Népal ont introduit des transferts conditionnels d'espèces et autres mécanismes novateurs pour surmonter les obstacles financiers à l'accès aux services de santé maternelle, notamment des paiements en espèces pour les frais de déplacement des femmes qui souhaitent se rendre dans des établissements de soins et la signature de contrats avec des cliniques privées pour qu'elles administrent des soins obstétricaux aux femmes les plus pauvres. Les résultats initiaux sont encourageants et ces mécanismes seront suivis de près pour voir s'ils offrent une amélioration fondamentale de la qualité et de l'utilisation de ces services.

Larges disparités d'accès à des soignants qualifiés lors de l'accouchement dans trois pays possédant des statistiques sur la richesse des ménages

Pourcentage de naissances avec assistance d'un personnel soignant qualifié, par quintile déterminé par la richesse du ménage (2005–2006)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.



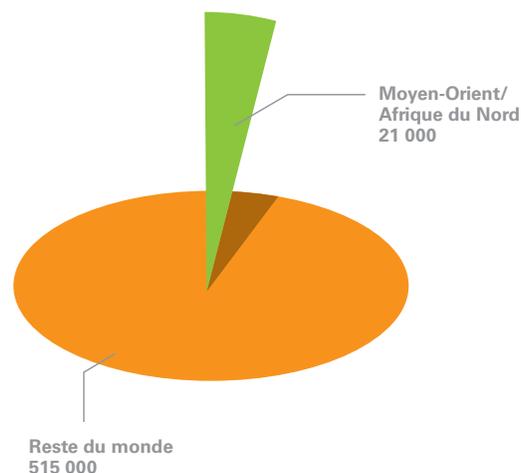
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD : des progrès réguliers

Plus de 20 000 femmes ont succombé à la maternité au Moyen-Orient/Afrique du Nord en 2005. Selon les meilleures estimations, le taux de mortalité maternelle de la région a reculé de 21 %, passant de 270 en 1990 à 210 en 2005. Cependant, les écarts entre les pays sont extrêmement profonds. Certains États du Conseil de coopération du Golfe, tels l'Arabie saoudite, le Koweït et le Qatar, affichent de faibles niveaux de mortalité maternelle comparables à ceux de nombreux pays du monde industrialisé. À l'autre extrême, Djibouti, avec 650 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, le Soudan (450) et le Yémen (430) affichent des TMM plus proches de ceux de leurs voisins de la Corne de l'Afrique.

Ces profonds écarts se répercutent dans le risque de décès maternel au cours de la vie, qui est en moyenne de 1 sur 140 dans la région, mais de 1 sur 35 à Djibouti contre 1 sur 9 600 au Koweït. La réduction de la mortalité maternelle à Djibouti, au Soudan et au Yémen est le défi que cette région doit relever.

Soixante-huit pour cent des accouchements surviennent dans un établissement de santé. Globalement, 79 % des accouchements ont lieu avec l'assistance d'un personnel médical qualifié, et le Moyen-Orient/Afrique du Nord affiche plus de progrès sur cet indicateur que toute autre région. Dans un sous-groupe de pays disposant de statistiques, le pourcentage de naissances survénues avec l'assistance d'un soignant qualifié est passé de 55 % vers 1995 à 74 % autour de 2005. Un certain nombre de pays, comme l'Algérie, l'Iraq et la République arabe syrienne, sortent du lot avec de hauts niveaux de couverture atteints récemment.

Nombre estimatif de décès maternels au Moyen-Orient/Afrique du Nord (2005)

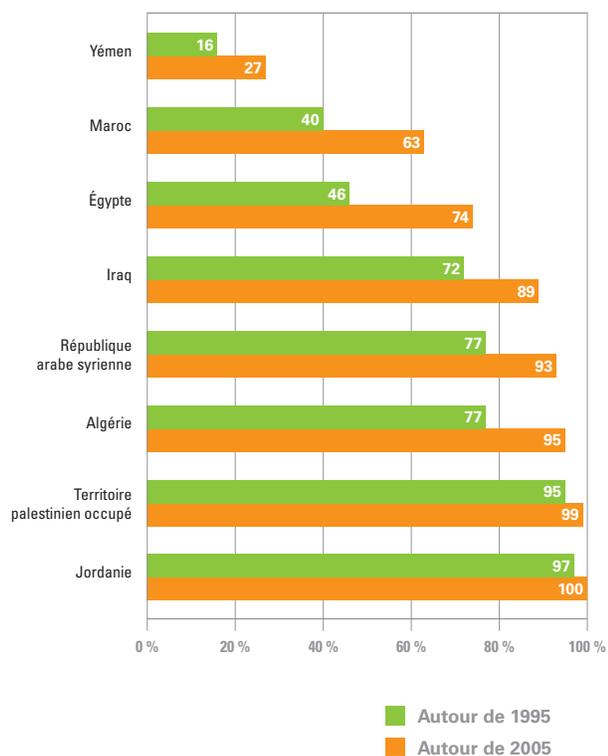


Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

Deux tiers des naissances de la région interviennent dans des établissements de santé, et la région affiche des améliorations rapides quant à la présence de soignants qualifiés lors des accouchements

Plusieurs pays ont enregistré des progrès concernant la présence de soignants qualifiés lors des accouchements

Tendances concernant le pourcentage de naissances avec l'assistance d'un personnel sanitaire qualifié, dans les pays dont les données sur les tendances sont comparables (autour de 1995 et autour de 2005)

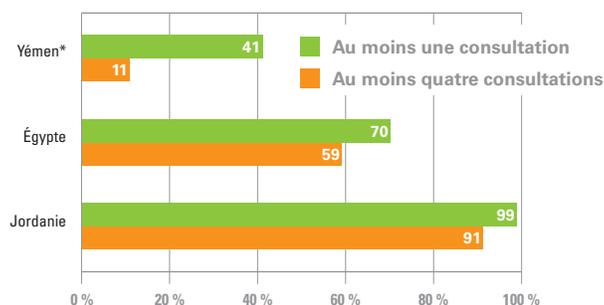


Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

Dans 14 des 20 pays de la région, au moins 90 % des femmes accouchent avec l'assistance d'un professionnel de la santé. Le Yémen, où le taux n'est que de 27 %, est le seul pays dont la couverture est inférieure à 50 %. Les disparités entre les zones urbaines et rurales sont généralement plus faibles que dans plusieurs autres régions, à l'exception du Maroc et du Yémen. Dans les pays étudiés, en général, plus la couverture est faible pour l'assistance spécialisée lors de l'accouchement, plus les disparités sont profondes en termes de résidence et de situation pécuniaire.

Moins de la moitié des femmes du Yémen reçoivent des soins prénatals

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui reçoivent des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse et pourcentage des femmes qui reçoivent des soins prénatals au moins quatre fois (2002-2005)



* Les données relatives au pourcentage de femmes qui reçoivent des soins prénatals au moins quatre fois portent sur des années autres que 2002-2005.

Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

À l'exception du Maroc et du Yémen, les taux de césariennes dans les zones rurales sont au moins de 5 % dans tous les pays, ce qui permet de penser que le niveau des soins obstétricaux d'urgence est adéquat.

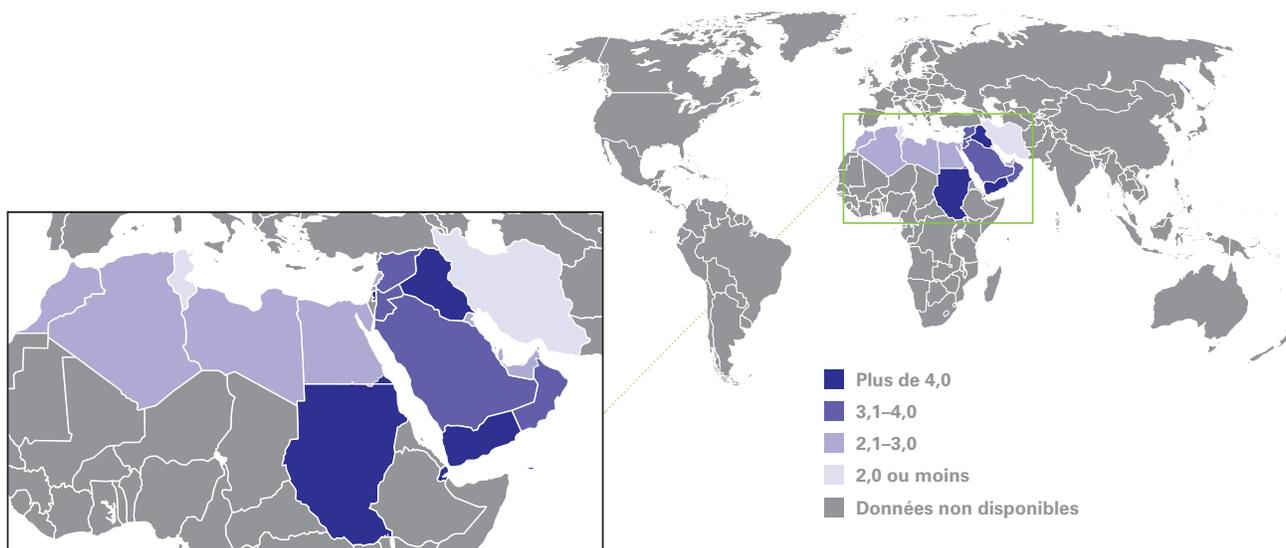
Au Moyen-Orient/Afrique du Nord, 72 % de femmes ont accès aux soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse. Les progrès sont impressionnants avec une progression régionale de 15 points de pourcentage depuis le milieu des années 1990 de la proportion de femmes enceintes ayant accès à au moins une consultation prénatale et des améliorations similaires dans tous les pays. Peu de pays ont recueilli des statistiques sur le pourcentage de femmes s'étant au moins rendues à quatre consultations prénatals, mais le Yémen semble être le pays qui a le plus d'améliorations à mettre en œuvre. De fait, moins de la moitié des femmes enceintes du Yémen reçoivent des soins prénatals, sous quelque forme que ce soit.

Les données sur le nombre de consultations prénatals ne donnent toutefois aucune indication sur la qualité des soins. Des enquêtes réalisées récemment auprès de femmes venues en consultation prénatale en Égypte, en Jordanie et au Maroc ont révélé que moins de la moitié d'entre elles avaient été informées sur les signes de complications pendant la grossesse³⁷.



Variations profondes des taux de fécondité dans la région du Moyen-Orient/Afrique du Nord

Taux de fécondité cumulée (2006)



Source : Division de la population des Nations Unies.

Le taux de fécondité cumulée dans la région du Moyen-Orient/Afrique du Nord est de 3,1, avec une fourchette allant de 1,9 en Tunisie à 5,6 au Yémen. Sur les 20 pays de la région, 5 affichent des taux supérieurs à 4,0. Le taux de natalité chez les adolescentes de la région, avec 34 naissances pour 1 000 jeunes filles et femmes âgées de 15 à 19 ans, est considérablement plus faible que la moyenne mondiale et celle des pays en développement. Avec des taux de natalité chez les adolescentes inférieurs à 10 pour 1 000, la Jamahiriya arabe libyenne (3), la Tunisie (7) et l'Algérie (8) affichent des résultats bien supérieurs à ceux de certains pays industrialisés comme le Royaume-Uni (25) et les États-Unis (43).

Cinquante-cinq pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en union de la région utilisent une méthode de contraception. La moyenne régionale occulte toutefois des variations profondes au niveau national, avec la République islamique d'Iran (74 %) et le Soudan (7 %) au deux extrêmes.

Des études récentes confirment l'association entre les mutilations génitales féminines et l'excision d'une part, et les complications obstétricales d'autre part, notamment l'hémorragie post-partum et la dystocie qui exige une césarienne³⁸. Malgré ces graves problèmes, au moins 90 % des femmes âgées de 15 à 49 ans à Djibouti, en Égypte et au Soudan ont subi des MGF et l'excision.

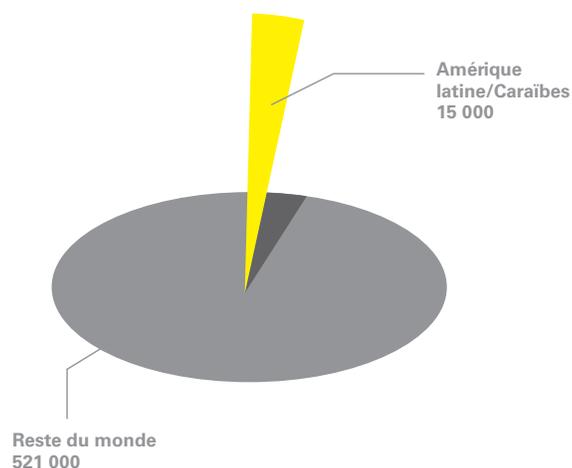
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES : en progression

En Amérique latine/Caraïbes, près de 15 000 femmes sont mortes de causes liées à la maternité en 2005, soit 6 000 décès de moins qu'en 1990, selon les estimations. Les données actuelles permettent de penser qu'une réduction de 28 % du taux de mortalité maternelle est intervenue depuis 1990 – aujourd'hui à 130 pour 100 000 naissances vivantes – bien que ce rythme de progrès soit trop lent pour atteindre la cible de l'OMD d'ici à 2015. La moyenne régionale masque des variations profondes entre les pays. Un taux de mortalité maternelle de 16 aux Bahamas, à la Barbade et au Chili figure parmi les plus faibles du monde en développement, tandis que celui d'Haïti, à 670, est extrêmement élevé.

Il en va de même pour le risque sur toute la vie de mourir de causes liées à la maternité. La moyenne régionale est de 1 sur 280, mais les femmes courent le plus grand risque en Haïti (1 sur 44) et le plus faible à la Barbade (1 sur 4 400). Les troubles liés à l'hypertension sont la première cause des décès maternels dans la région; le risque de décès dû à l'hypertension peut être diminué en surveillant la tension artérielle de la femme avant et pendant la grossesse.

Les données comparables sur les tendances en matière d'accouchements avec l'assistance d'un personnel soignant qualifié font défaut dans certains des plus grands pays d'Amérique latine/Caraïbes. L'équivalent le plus proche – le pourcentage de femmes qui accouchent dans un dispensaire ou un hôpital – exclut les accouchements à domicile en présence d'un soignant qualifié. En règle générale, 86 % des femmes de cette région mettent leurs enfants au monde dans un établissement de santé, une amélioration notable par rapport au taux de 73 % au milieu des années 1990. Dans 10 des 21 pays possédant des données, plus de 90 % des femmes accouchent dans un établissement de santé; seuls le Guatemala et Haïti font exception avec un taux inférieur à 50 %. La qualité des soins pose problème dans des pays comme le Guyana, qui affiche un taux élevé de présence de soignants à l'accouchement mais pourtant un TMM élevé.

Nombre estimatif de décès maternels par an en Amérique latine/Caraïbes (2005)



Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale ; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

La mortalité maternelle semble reculer dans la région avec l'amélioration des soins prénatals

Malgré l'absence de statistiques comparables dans la région relatives à la présence de soignants qualifiés à l'accouchement, les données extraites des enquêtes réalisées dans certains pays révèlent des disparités non négligeables pour cet indicateur. Les femmes des zones urbaines au Guatemala ont deux fois plus de chances que les femmes des zones rurales d'accoucher en présence d'un professionnel de la santé, le taux étant de trois pour un en Haïti. En Bolivie, au Honduras et au Pérou les 20 % des femmes les plus pauvres sont particulièrement désavantagées, et en Haïti les 60 % des femmes les plus pauvres sont effectivement exclues des soins qualifiés à l'accouchement. On se rapprochera d'une solution à ces problèmes en cherchant à atteindre les femmes les plus pauvres et en abaissant les barrières géographiques et financières qui bloquent l'accès aux soins de santé.

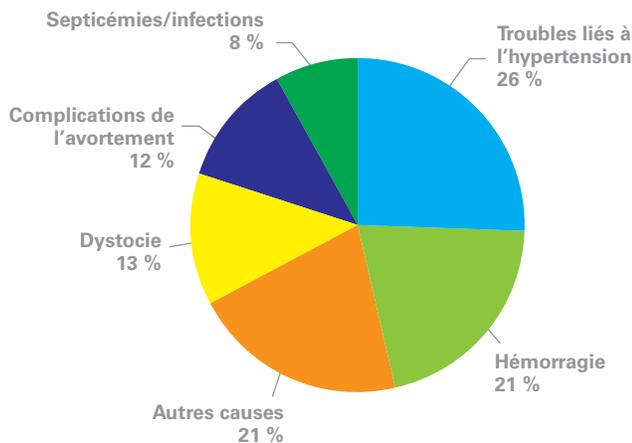
Si les données de la majorité des autres régions permettent de penser que certaines femmes n'ont pas accès à la césarienne en cas de besoin, en Amérique latine/Caraïbes il semblerait que cette procédure soit au contraire utilisée trop fréquemment. Selon l'OMS, des taux d'accouchement par césarienne supérieurs à 15 % pourraient ne pas se justifier sur le plan médical, et les études ont révélé que des taux d'utilisation plus élevés de cette

procédure avaient été associés à des taux plus élevés de mortalité et de morbidité maternelles³⁹. Dans la moitié des pays disposant de statistiques, les taux de césarienne sont de 15 % au moins dans les zones rurales. En Haïti, par contre, le taux est de 1 %, ce qui semble indiquer un accès insuffisant aux soins obstétricaux d'urgence.

En termes généraux, les niveaux de soins prénatals sont élevés, et 94 % des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals administrés par un personnel soignant qualifié au moins une fois pendant leur grossesse, ce qui constitue le niveau de couverture le plus élevé du monde en développement. Sur 32 pays possédant des données, 8 seulement affichent des taux de couverture inférieurs à 90 %. Les pays possédant des statistiques sur les tendances révèlent que des progrès notables ont été accomplis au cours des dernières années, puisque 82 % des femmes avaient accès aux soins prénatals au moins une fois autour de 1995 contre 95 % autour de 2005. Les femmes ayant accès au minimum

Les troubles liés à l'hypertension sont la cause principale de décès maternels en Amérique latine/Caraïbes

Causes de décès maternels, estimations pour l'Amérique latine/Caraïbes (1997-2002)

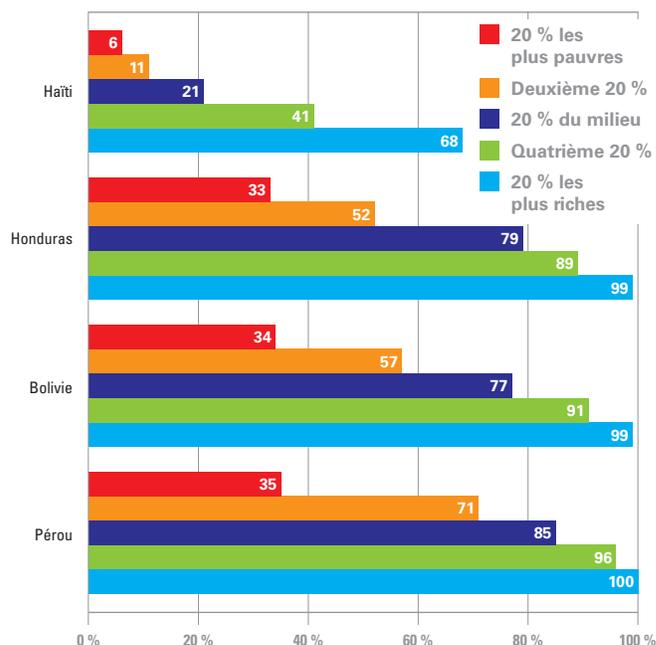


Note : le total ne fait pas 100 % car les chiffres ont été arrondis.

Source : Khan, Khalid S., et al., « WHO Analysis of Causes of Décès maternel: A systematic review », *The Lancet*, vol. 367, p. 1069.

En Bolivie, en Haïti, au Honduras et au Pérou, les femmes les plus pauvres ont les plus grandes difficultés d'accès à un personnel qualifié pendant l'accouchement

Pourcentage de naissances en présence d'un personnel sanitaire qualifié, par quintile fondé sur la richesse des ménages (2000-2006)



Source : sélection d'enquêtes démographiques et sanitaires <www.measuredhs.com>.



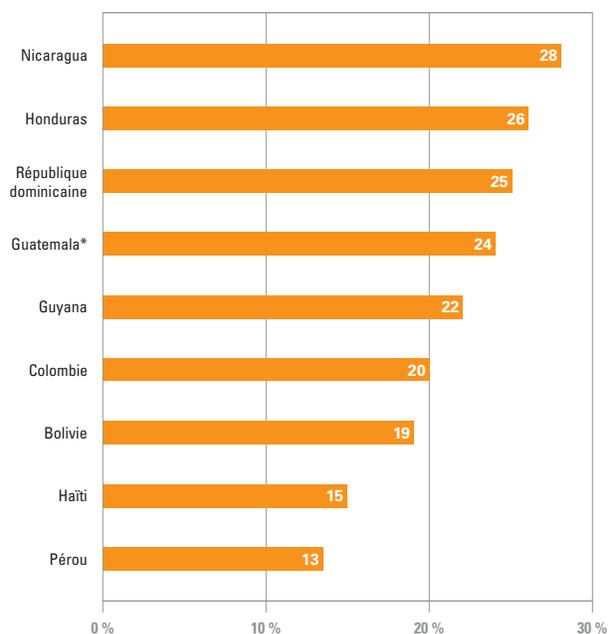
recommandé de quatre consultations prénatales sont moins nombreuses, mais dans les 13 pays disposant de données, la majorité des femmes bénéficient de tels soins. La qualité des soins prénatals, cependant, doit être améliorée.

L'utilisation de la contraception est élevée, avec un taux de 70 % des femmes âgées de 15 à 49 mariées ou en union. Dans 7 pays seulement sur les 30 possédant des statistiques, moins de la moitié des femmes utilisent une méthode de contraception. Au Costa Rica, 96 % des femmes utilisent la contraception – ce qui est le taux le plus élevé de la planète. Les données réunies dans un sous-groupe limité de pays permettent de penser que l'utilisation de la contraception en Amérique latine/Caraïbes est plus étroitement associée au niveau d'instruction d'une femme qu'aux biens qu'elle possède ou à son lieu d'habitation⁴⁰.

Dans la région, la fécondité est à peine supérieure au taux de remplacement. Le taux de fécondité cumulée est de 2,4 et dans les pays considérés individuellement, il va de 1,5 à la Barbade et à Cuba, à 4,3 au Guatemala. Les femmes commencent jeunes à avoir des enfants; dans six des neuf pays possédant des données, au moins 20 % des femmes âgées de 15 à 49 ans indiquaient avoir eu des enfants avant l'âge de 18 ans. Des taux de natalité élevés chez les adolescentes contribuent à la mortalité maternelle dans la région; on pourrait les réduire en donnant à tout le monde accès à des moyens de contraception et à la planification familiale.

Des taux de fécondité élevés chez les adolescentes signifient que nombre de jeunes mères sont très exposées aux décès maternels

Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont mis un enfant au monde avant l'âge de 18 ans (2001–2006)



* Les données se rapportent à des années autres que 2001-2006.

Source : Enquêtes démographiques et sanitaires choisies, <www.measuredhs.com>.

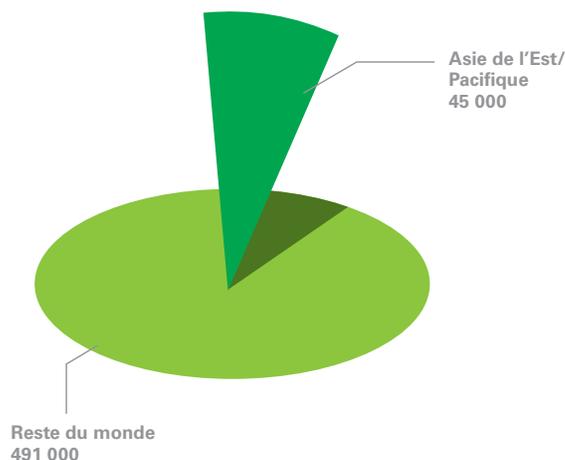
ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE : aller de l'avant

En 2005, près de 45 000 femmes ont succombé à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement dans la région de l'Asie de l'Est/Pacifique, ce qui représente une nette diminution par rapport aux 80 000 décès enregistrés en 1990. Les données permettent de penser que le taux de mortalité maternelle a reculé de 30 %, pour atteindre le niveau estimatif actuel de 150 décès pour 100 000 naissances vivantes. Selon les chiffres actuels, l'Asie de l'Est/Pacifique a fait des progrès plus rapides que toute autre région en ce qui concerne la réduction du TMM, mais il faudra cependant accélérer le rythme pour atteindre la cible de l'OMD.

Sur les 18 pays pour lesquels on dispose d'estimations, 6 affichent des TMM faibles, inférieurs à 100 pour 100 000 naissances vivantes : Brunéi (13), Singapour et la République de Corée (tous deux 14), Chine (45), Mongolie (46) and Malaisie (62). Quatre pays affichent des taux supérieurs à 400 : République démocratique populaire lao (660), Cambodge (540), Papouasie-Nouvelle-Guinée (470) et Indonésie (420).

Quatre-vingt-sept pour cent des femmes accouchent en présence d'un professionnel de la santé. Dans le sous-groupe de pays disposant de données sur les tendances, les niveaux de couverture ont augmenté, passant de 81 % autour de 1995 à 89 % autour de 2005. Bien que la couverture soit globalement élevée, les disparités sont profondes dans les pays où il est moins courant que le personnel soignant assiste aux naissances. Tant en République démocratique populaire lao qu'au Timor-Leste, les femmes des zones urbaines ont au moins cinq fois plus de chances que les femmes des zones rurales d'être suivies par un professionnel qualifié pendant l'accouchement. Au Timor-Leste, les femmes des ménages les plus riches sont près de sept fois plus nombreuses que les femmes des familles les plus pauvres à être suivies par un soignant qualifié pendant l'accouchement.

Nombre estimatif de décès maternels en
Asie de l'Est/Pacifique (2005)

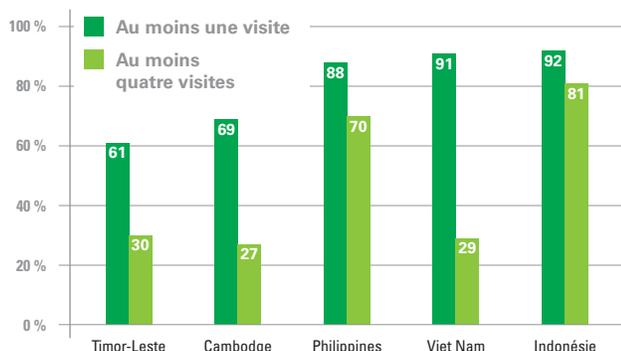


Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

La mortalité maternelle recule dans la région tandis que les niveaux de soins prénatals s'améliorent

Les femmes sont moins nombreuses à se rendre aux quatre consultations prénatales recommandées

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans vues au moins une fois pendant leur grossesse par un soignant qualifié et pourcentage de femmes examinées au moins quatre fois, dans les pays qui possèdent de telles données (2000–2006)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

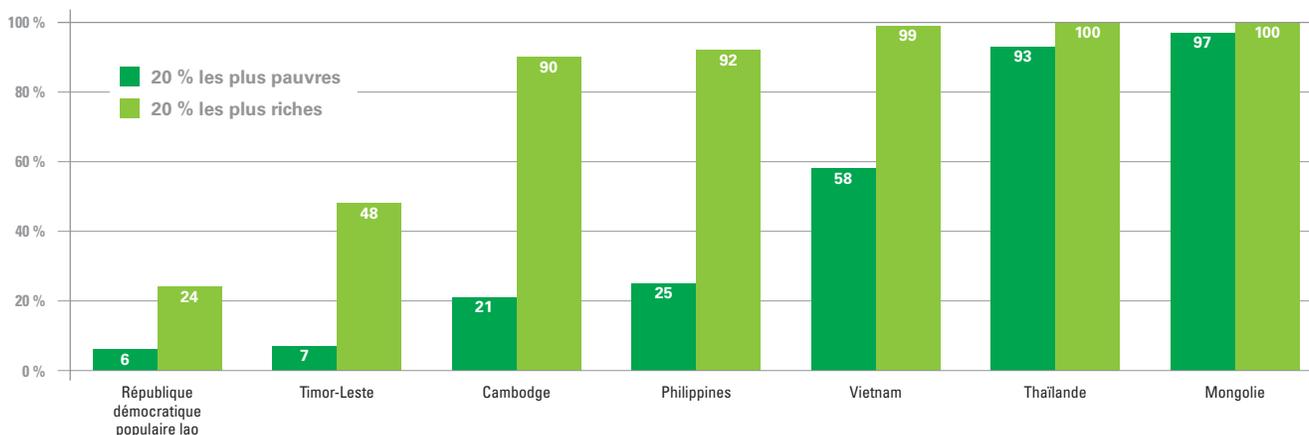
Rares sont les pays qui possèdent des données sur la prévalence de la césarienne dans les régions rurales, mais le Cambodge et l'Indonésie affichent un niveau extrêmement faible – 2 % ou moins – ce qui indique une grave pénurie de soins obstétricaux d'urgence.

Les niveaux de soins prénatals sont généralement élevés, avec 89 % des femmes qui bénéficient de soins spécialisés au moins une fois pendant leur grossesse. L'Asie de l'Est/Pacifique a largement progressé à cet égard au cours des 10 dernières années – selon un sous-groupe de pays pour lesquels des données sont disponibles, la couverture est passée de 78 % autour de 1995 à 93 % autour de 2005. Cependant, en République démocratique populaire lao, seulement 27 % des femmes reçoivent des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse.

Rares sont les pays possédant des données sur les soins prénatals reçus quatre fois ou davantage, mais les données disponibles permettent de penser que dans de nombreux pays, la proportion de femmes qui se rendent au nombre minimum recommandé de quatre consultations est nettement plus faible.

Les femmes des ménages les plus riches ont de meilleures chances d'être suivies par un soignant qualifié à l'accouchement

Pourcentage de naissances supervisées par un personnel soignant qualifié, par quintile de richesse des ménages (2000–2006)

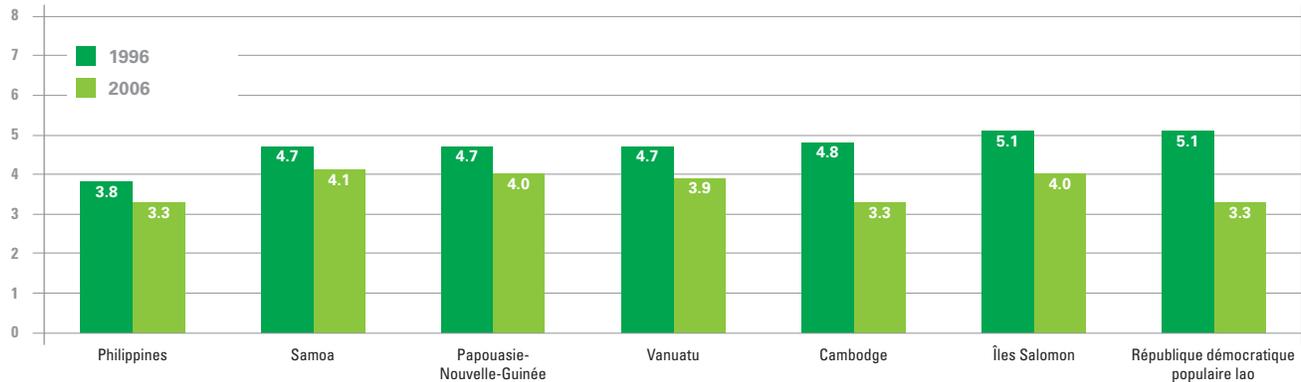


Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.



La majorité des pays à fécondité élevée affichent un recul du taux de fécondité

Taux de fécondité cumulée, dans sept pays à fécondité élevée possédant des données sur les tendances (1996 et 2006)



Source : Division de la population des Nations Unies.

L'usage de la contraception par les femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou vivant maritalement est élevé, à 79 %. Toutefois, cette moyenne régionale est faussée par la Chine, où 87 % des femmes utilisent la contraception – le deuxième taux le plus élevé du monde (après le Costa Rica). Dans 17 des 25 autres pays de la région possédant des données, moins de la moitié des femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en union utilisent une méthode de contraception.

Le taux de fécondité cumulée en Asie de l'Est/Pacifique est de 1,9, soit inférieur au niveau de remplacement. Cette moyenne régionale faible s'explique une fois encore par le fait que la Chine affiche un taux national de 1,7. Dix des 22 pays disposant d'estimations enregistrent des taux de fécondité cumulée supérieurs à 3,0. Dans les sept pays à fécondité élevée ayant des données comparables, la fécondité a reculé au cours de la dernière décennie – avec une réduction particulièrement prononcée en République démocratique populaire lao. Le taux de natalité chez les adolescentes, à 19 pour 1 000 jeunes filles et femmes âgées de 15 à 19 ans, est le plus faible de toutes les régions du monde, y compris les pays industrialisés.

Les pays de la région de l'Asie de l'Est/Pacifique affichant des TMM élevés ont aussi tendance à enregistrer des taux élevés d'anémie chez les mères⁴¹. Au Cambodge, l'enquête démographique et sanitaire réalisée en 2005 a révélé que 47 % des femmes âgées de 15 à 49 ans souffraient d'anémie, et que les femmes qui étaient enceintes ou qui allaitaient couraient beaucoup plus de risques d'être anémiques. Par exemple, 34 % des femmes enceintes étaient modérément ou gravement anémiques, le taux étant de 9 % pour les femmes qui n'étaient pas enceintes.

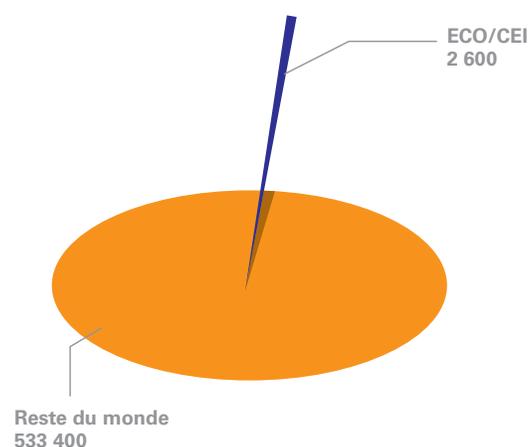
ECO/CEI : faible taux de fécondité, faible risque sur la vie entière

La région de l'ECO/CEI affiche les taux de mortalité maternelle les plus faibles du monde en développement. Le taux se situe à 46 pour 100 000 naissances vivantes, les statistiques indiquant un recul de 28 % depuis 1990, année à laquelle il était de 63. Bien que ce taux de réduction ne suffise pas pour atteindre la cible, les statistiques sont encourageantes. En moyenne, les femmes d'ECO/CEI courent 1 risque sur 1 300 au cours de leur vie de succomber à des complications pendant la grossesse et l'accouchement. Ce faible taux de mortalité maternelle allié à un faible taux de fécondité cumulée fait que le risque régional de décès sur une vie entière est minime, mais il varie profondément.

Les femmes de Bosnie-Herzégovine courent le risque le plus faible de mourir de causes liées à la grossesse et à l'accouchement de tous les pays du monde, à l'exception de l'Irlande. Le risque national au cours de la vie de 1 sur 29 000 en Bosnie-Herzégovine s'explique par un TMM extrêmement faible de 3 pour 100 000 naissances vivantes. Au Tadjikistan, en comparaison, un TMM beaucoup plus élevé de 170, allié à un taux de fécondité relativement élevé de 3,5, entraîne un risque de 1 sur 160.

Les taux de mortalité maternelle généralement faibles de la région vont de pair avec ses niveaux élevés d'assistance par un soignant qualifié lors des accouchements. Quatre-vingt-neuf pour cent des accouchements interviennent dans un établissement de santé – le taux le plus élevé du monde en développement – et, globalement, 95 % des femmes sont suivies par un soignant qualifié quand elles accouchent. Le Tadjikistan et la Turquie sont les deux seuls pays où la couverture est inférieure à 90 %, dans les deux cas à 83 %. La couverture pratiquement universelle dans les autres pays d'ECO/CEI signifie que les femmes des zones rurales sont aussi bien desservies que les femmes des zones urbaines, mais au Tadjikistan et particulièrement en Turquie, les accouchements en milieu rural se déroulent plus rarement avec l'aide d'un personnel de santé qualifié. Par ailleurs, les données relatives à la présence d'un soignant ne donnent aucune indication sur la qualité des soins.

Taux estimatif de décès maternels en
ECO/CEI (2005)



Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

La région affiche les taux de mortalité maternelle les plus faibles du monde en développement, et ces taux semblent continuer à reculer

Sur les 10 pays disposant de données, l'Azerbaïdjan, l'Ouzbékistan et le Turkménistan affichent tous des taux de césariennes inférieurs à 3 % dans les zones rurales, ce qui permet de penser que certaines femmes n'ont peut-être pas accès à cette procédure qui pourrait leur sauver la vie.

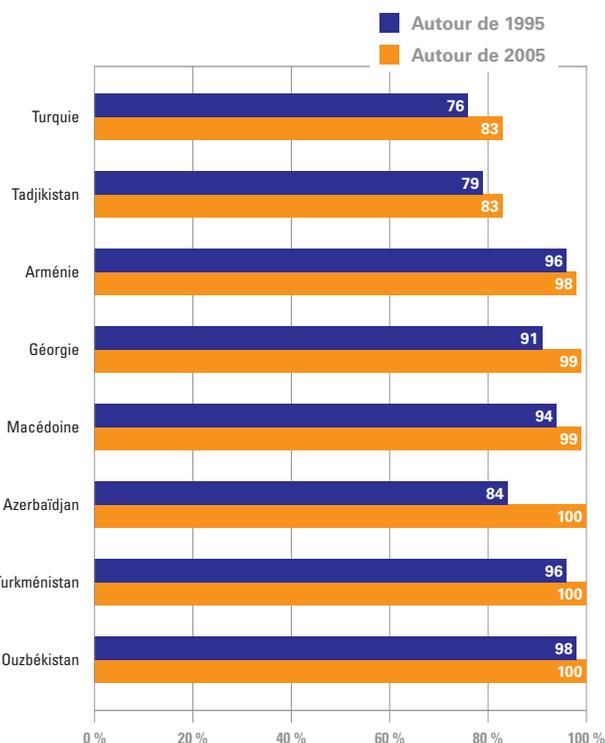
Globalement, 90 % des femmes reçoivent des soins prénatals d'un soignant spécialisé au moins une fois pendant leur grossesse, contre 77 % autour de 1995. Malgré ces niveaux élevés de couverture, des progrès doivent être accomplis pour que toutes les femmes reçoivent le nombre minimum de quatre consultations prénatales. Dans un sous-groupe de pays possédant des données sur ces quatre consultations, il semblerait que les femmes des zones rurales, en particulier, n'aient pas accès aux soins prénatals minimum.

La majorité des pays d'ECO/CEI affiche des taux de fécondité cumulée inférieurs au taux de remplacement; sept d'entre eux seulement atteignent ou dépassent le taux de remplacement avec des taux de 2,1 au moins. Le Bélarus, la Bosnie-Herzégovine et l'Ukraine font partie des pays qui affichent les taux de fécondité cumulée les plus faibles du monde, à 1,2, et le taux dans un certain nombre d'autres pays de la région est de 1,3.

Soixante-trois pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans de la région qui sont mariées ou en union utilisent une méthode de contraception, les taux allant de 36 % en Bosnie-Herzégovine à 86 % en Bulgarie. Une large proportion de femmes dans les pays du Caucase – Arménie, Azerbaïdjan et Géorgie – a recours à des méthodes traditionnelles, en particulier le retrait, pour contrôler leur fécondité, ce qui explique partiellement pourquoi ces pays affichent des taux d'avortement élevés⁴².

Plusieurs pays affichent un taux universel d'accès à un personnel soignant spécialisé pendant la grossesse

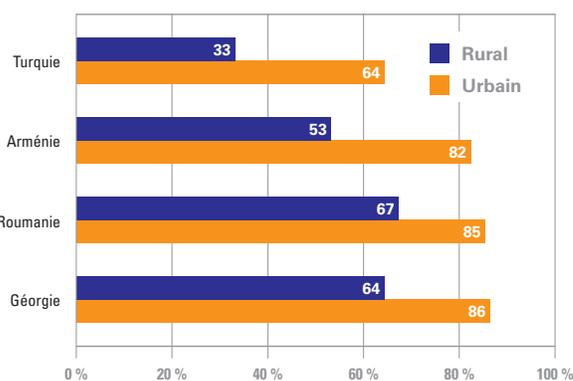
Tendances en termes de pourcentage de naissances sous la surveillance d'un personnel soignant spécialisé, dans les pays possédant des données sur les tendances (autour de 1995 et autour de 2005)



Source : EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; pour plus de détails : <www.childinfo.org>.

Les femmes des zones rurales ont moins de chances que les femmes des zones urbaines de bénéficier des quatre consultations prénatales recommandées

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans recevant des soins prénatals au moins quatre fois pendant leur grossesse, par lieu de résidence (2003–2005)

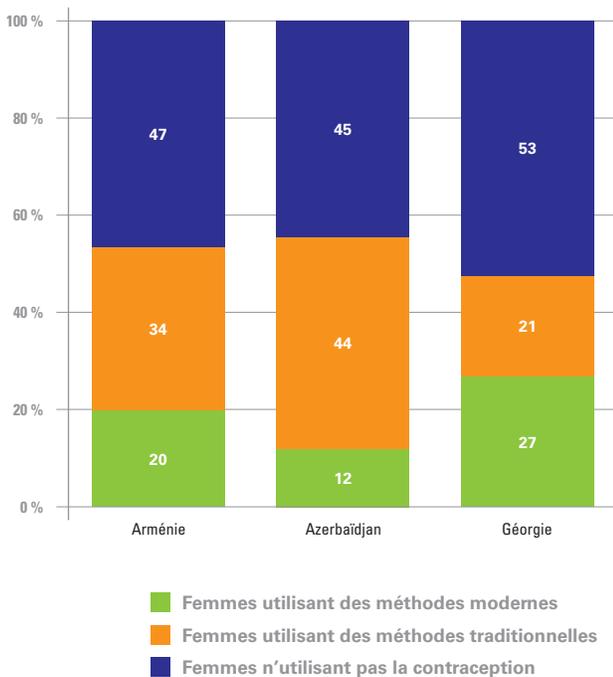


Source : EDS et autres enquêtes nationales sur les ménages.



Des proportions non négligeables de femmes en Arménie, en Azerbaïdjan et en Géorgie utilisent des méthodes traditionnelles de contraception

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en union n'utilisant aucune méthode, des méthodes traditionnelles ou des méthodes modernes de contraception, dans les pays où ces données existent (2001–2005)



Source : sélection d'enquêtes démographiques et sanitaires <www.measuredhs.com>.

L'avortement était une méthode essentielle de contraception dans plusieurs pays d'ECO/CEI pendant la période soviétique⁴³. L'Organisation mondiale de la Santé a indiqué qu'en 2000, 26 % des décès maternels dans 10 pays d'Europe orientale et de l'ex-Union soviétique étaient liés à l'avortement, contre 13 % dans le reste du monde⁴⁴. Une analyse récente indique toutefois que les taux d'avortement ont reculé dans 8 pays, et que l'utilisation de la contraception est en augmentation⁴⁵.

Malgré une couverture pratiquement universelle dans l'ensemble de la région par la présence de soignants qualifiés à l'accouchement et par les accouchements en établissements de santé, des taux élevés de décès liés à l'avortement et des taux relativement élevés de mortalité maternelle et néonatale enregistrés dans certains pays indiquent que la qualité des soins doit être améliorée en ECO/CEI pour atteindre l'OMD 5.



PAYS INDUSTRIALISÉS : disparités en termes de soins maternels

Les taux de mortalité maternelle sont très faibles dans les pays industrialisés. La moyenne régionale en 2005 était de 8 pour 100 000 naissances vivantes. Pour tous les pays industrialisés, les estimations révèlent un TMM de 12 ou inférieur, sauf pour l'Estonie, où il est de 25. C'est l'Irlande avec un TMM de juste 1 pour 100 000 naissances vivantes qui affiche le meilleur résultat du monde, le risque sur toute la vie de mortalité maternelle étant de 1 sur 47 600. Globalement, les taux de mortalité maternelle dans le monde industrialisé n'ont pratiquement pas bougé depuis 1990.

Parmi les pays industrialisés, le risque le plus élevé de décès maternel sur toute la vie après l'Estonie (1 sur 2 900) se rencontre aux États-Unis, où il est de 1 sur 4 800 – bien supérieur à la moyenne des pays industrialisés de 1 sur 8 000. Le TMM chez les Américaines d'origine africaine (31 pour 100 000 naissances vivantes) est près de quatre fois supérieur au taux affiché par les femmes blanches non hispaniques (9)⁴⁶.

Les taux généralement faibles de mortalité maternelle dans les pays industrialisés se sont accompagnés d'un accès pratiquement universel à des soins administrés par un personnel qualifié pendant l'accouchement et aux soins obstétricaux d'urgence, si nécessaire. Aucun pays industrialisé possédant des données n'affiche une couverture par les soignants qualifiés inférieure à 98 %, et la vaste majorité affiche une couverture universelle.

Le nombre d'accouchements par césarienne pourrait être excessif dans plusieurs pays industrialisés. Une étude réalisée récemment dans 60 pays à revenu intermédiaire et élevé a révélé que 62 % enregistraient des taux supérieurs à 15 %⁴⁷. Les données pour 2005 indiquent que 30 % du total des naissances vivantes aux États-Unis avaient eu lieu par césarienne⁴⁸. Des études sont nécessaires pour comprendre ces tendances à la hausse et pour tester les interventions nécessaires.

Dans les pays industrialisés, les décès maternels associés aux maladies cardiaques sont un problème préoccupant lié à des régimes alimentaires malsains, au tabagisme, à la consommation d'alcool et à des taux accrus d'obésité. Ces maladies sont la cause de décès maternel la plus courante au Royaume-Uni⁴⁹. La relation de cause à effet entre le surpoids ou l'obésité et les risques de problèmes à l'issue d'une grossesse a été démontrée⁵⁰.

La prévalence de la contraception chez les femmes dans les pays industrialisés est généralement forte. Dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, seules la Lettonie, la Lituanie et la Pologne affichent des taux de contraception inférieurs à 50 %.

Le taux de fécondité cumulée de 1,7 pour les pays industrialisés en tant que groupe est largement inférieur au taux de remplacement. À 1,2, la République tchèque, la Pologne et la Slovaquie sont au nombre des pays affichant les taux les plus faibles du monde. Le seul pays industrialisé affichant un taux de fécondité combinée supérieur au taux de remplacement est Israël, avec 2,8; les États-Unis ont un taux de 2,1, égal au taux de remplacement. Comme les taux de fécondité sont généralement faibles dans ces pays, les taux élevés de natalité chez les adolescentes dans certains pays industrialisés sont surprenants. Les États-Unis affichent le taux le plus élevé, à 43 pour 1 000 jeunes filles et femmes âgées de 15 à 19 ans; pour l'Estonie, la Nouvelle-Zélande, la Pologne et le Royaume-Uni les taux de natalité chez les adolescentes sont supérieurs à 20.



LA VOIE À SUIVRE

Aucune fracture sanitaire entre le monde industrialisé et les pays en développement n'est aussi profonde que celle liée à la mortalité maternelle. Plus de 99 % des décès maternels surviennent dans le monde en développement, dont 84 % en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Les données permettent de penser que certains progrès ont été accomplis vers la réalisation de la cible de l'OMD 5 visant à abaisser des trois quarts les taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Mais dans un monde qui s'est engagé à une plus grande équité et un meilleur développement humain, la lenteur de ces progrès est inacceptable.

Chaque année, plus d'un demi-million de femmes meurent alors que leur décès aurait pu être évité. Si la cible de l'OMD 5 n'est pas atteinte, ou n'est que partiellement atteinte, des femmes continueront à mourir de causes évitables – alors des nourrissons ne survivront pas, des enfants perdront leur mère et des communautés perdront des citoyennes.

Mais on peut sauver encore des millions de vies de mères. En effet les méthodes qui permettent de faire reculer les décès maternels sont parfaitement connues. Nul besoin d'attendre d'autres progrès scientifiques ou de faire des études supplémentaires – il suffit presque de reconnaître que les femmes ont besoin de soins médicaux, particulièrement pendant la grossesse, pendant l'accouchement et pendant la période post-partum. Les femmes ont aussi besoin de services pour éviter des grossesses non désirées. Elles doivent aussi avoir accès à des soins de longue durée : quand elles sont encore petites filles, pendant l'adolescence, bien avant la conception de leurs enfants, puis pendant la grossesse, l'accouchement et la première semaine qui suit la naissance, et enfin pendant les premières années de la vie d'un enfant; ce continuum intégrera les soins à domicile, communautaires, ambulatoires et en établissement dans le cadre d'un système de santé dynamique.

Si chaque naissance d'un enfant, partout dans le monde, était suivie par un personnel sanitaire qualifié, soutenu par un système d'aiguillage disposant d'effectifs et d'équipements suffisants pour prendre en charge les urgences quand elles se présentent et si le suivi médical après la naissance était approprié, le nombre de décès maternels – qui a peu évolué depuis plusieurs décennies – s'effondrerait.

La réalisation des cibles de l'OMD 5 exigera l'élargissement, au niveau national, de neuf volets essentiels du programme en faveur de la santé maternelle et néonatale :

- Promotion de l'accès à la planification familiale, sur la base des politiques nationales.
- Soins prénatals de qualité – au moins quatre consultations pendant la grossesse – disponibles dans tous les établissements : examen médical de chaque femme enceinte pour diagnostiquer et traiter, si nécessaire, l'hypertension; vaccination contre le tétanos; prescription de suppléments en micronutriments et, le cas échéant, de fer contre l'anémie; suppléments nutritionnels; et traitement préventif intermittent contre le paludisme.
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, grâce à des services comprenant : test du SIDA, conseils et prophylaxie antirétrovirale, ainsi que traitement antirétroviral si nécessaire, dans chaque établissement de soins prénatals et de maternité, compte tenu du taux de prévalence du VIH de chaque pays.

La cible de l'OMD 5 peut encore être atteinte si on s'attaque de toute urgence et avec détermination au problème de la mortalité maternelle

- Accès à un personnel qualifié – médecin, personnel infirmier ou sage-femme – pour chaque accouchement.
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, adaptés aux conditions de chaque pays, dans tous les établissements pratiquant des accouchements.
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets dans au minimum un établissement par district ou pour une population de 500 000 habitants.
- Une consultation post-partum pour chaque mère et son nouveau-né dès que possible après l'accouchement, le mieux étant dans les 24 heures, et consultations supplémentaires vers la fin de la première semaine et à 4 -6 semaines.
- Informations pour chaque femme enceinte et sa famille sur les signes de danger pour la vie de la mère ou du nouveau-né et sur le système d'aiguillage.
- Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles, ou l'équivalent, dans chaque établissement administrant des soins aux enfants.

Les approches doivent tenir compte des politiques nationales et des procédures qui sont déjà en place.

Puisque la voie qui mène à la réduction des décès maternels est si claire, comment se fait-il que les progrès aient été si médiocres? La mortalité maternelle est un test décisif pour les systèmes de santé. Il existe des obstacles importants au sein de ces systèmes, en particulier en Afrique subsaharienne. La santé maternelle n'a pas bénéficié de ressources suffisantes; les dispensaires et les hôpitaux sont relativement inaccessibles aux pauvres, en particulier dans les zones rurales; et il y a pénurie de personnel médical qualifié à déployer pour combler les écarts.

Par ailleurs, il est essentiel de considérer la qualité des soins fournis. La disponibilité et le déploiement de sages-femmes et d'un personnel médical qualifié est un problème dont il faut tenir compte même dans les pays disposant de systèmes de formation médicale bien rodés. La faiblesse des salaires peut être un facteur dissuasif pour les agents sanitaires, qui ont été de plus en plus nombreux à émigrer vers les pays industrialisés au cours des dernières années. Et dans certaines régions, les systèmes sont débordés par les décès et les maladies liées au SIDA.

En fin de compte, si les causes sous-jacentes de la mortalité maternelle et des lésions liées à l'accouchement s'expliquent par des problèmes pratiques, elles reflètent également les désavantages fondamentaux dont souffrent les femmes dans la société. La mortalité maternelle a tendance à être inversement proportionnelle à la condition de la femme dans des pays affichant des niveaux de développement économique similaires⁵¹. Les initiatives fondées sur les droits en faveur de la réduction de la

mortalité maternelle fournissent un cadre permettant de renforcer l'intervention – en particulier pour l'octroi de ressources aux plus pauvres et aux principales victimes de l'exclusion sociale. Les traités relatifs aux droits humains et les constitutions nationales doivent être appliqués de façon à garantir la maternité sans risque et un continuum de soins pour la mère et pour l'enfant. Les initiatives fondées sur les droits de l'homme doivent tenir aussi compte du statut de la femme par rapport à l'homme dans la société, en encourageant notamment des changements sociaux, culturels et comportementaux.

Dans les pays affichant un TMM élevé, la mise à disposition de soins obstétricaux d'urgence à moins de deux heures du domicile prendra du temps; il ne sera pas non plus facile de recruter et de former des sages-femmes. Mais même dans les conditions les plus difficiles, des mesures qui auront un impact sur la santé maternelle peuvent être prises immédiatement : accès plus facile aux méthodes de contraception; prévention de l'anémie en fournissant aux adolescentes et aux jeunes femmes des comprimés hebdomadaires de fer et de folate; attention portée au paludisme et à la tuberculose chez les femmes enceintes; formation d'agents sanitaires qui effectueront des visites à domicile dans les communautés pendant la grossesse et aussi rapidement que possible après l'accouchement pour discuter de la planification des naissances avec les familles, pour informer les femmes sur les signes de danger pendant la grossesse et l'accouchement et leur indiquer où aller en cas de problème, et également pour promouvoir des pratiques saines comme l'amélioration de la nutrition et l'allaitement exclusif au sein.

Les travaux à long terme doivent débiter immédiatement pour que nous puissions en récolter les dividendes dans trois, quatre ou cinq ans – et des ressources suffisantes doivent être affectées à cette fin tant par les gouvernements nationaux que par la communauté internationale pour atteindre l'OMD 5.

Un élargissement rapide des services essentiel est possible et a pu être réalisé dans un large éventail de pays. Les priorités doivent être les suivantes :

- **Élargir les services pour garantir à chaque femme :** l'accès à la planification familiale, des soins prénatals ciblés incluant des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la présence d'un soignant qualifié pendant l'accouchement avec possibilité d'aiguillage vers des soins obstétricaux d'urgence, la connaissance des signes de danger, et des soins postnatals.
- **Évaluer les causes locales de mortalité et de morbidité maternelles et les éliminer.** Dans le cadre des systèmes de santé nationaux, les études sur les décès maternels donnent des informations et des analyses qui peuvent



être intégrées dans les activités au titre des programmes destinées à améliorer la qualité des soins.

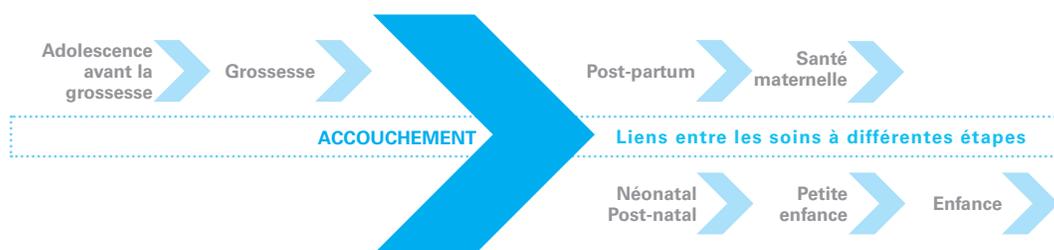
- **Consigner chaque décès maternel.** Les estimations des décès maternels aux niveaux national, régional et mondial seraient beaucoup plus fiables si les systèmes nationaux d'enregistrement à l'état civil étaient améliorés.
- **Renforcer les capacités en matière de ressources humaines.** S'assurer que les soignants ont accès à des formations professionnelles et sont supervisés. Les organisations professionnelles peuvent également montrer la voie à suivre et faire preuve d'efficacité dans leur gestion des ressources humaines pour les soins de santé procréative et maternelle.
- **Soutenir les efforts visant à abaisser les obstacles financiers.** La faible utilisation des services de soins maternels s'explique souvent par leur coût élevé. Des mesures d'incitation, notamment les transferts d'espèces à des conditions préférentielles et des plans proposés par le secteur privé, peuvent mettre ces services à la portée des pauvres.
- **Faire intervenir le secteur privé.** Il faut encourager les partenariats entre secteurs public et privé pour améliorer l'accès aux soins maternels. Une réglementation plus stricte des services proposés par le secteur privé contribuera à garantir des normes de qualité des soins.
- **Investir dans la santé maternelle.** Les donateurs devront accroître leurs contributions financières en faveur de la santé maternelle dans les pays à revenu faible. L'aide mondiale au développement de la santé maternelle et néonatale dans les 68 pays prioritaires inclus dans l'initiative Compte à rebours 2015 s'est chiffrée à plus de 1,17 milliard de dollars en 2006 – soit environ 12 dollars

par naissance vivante dans ces pays. Ce chiffre représente une augmentation d'environ deux tiers par rapport au financement de 2003, mais il est encore loin d'être suffisant⁵².

- **Utiliser les budgets de manière plus efficace.** Les gouvernements doivent être plus souples et concentrer moins spécifiquement leur attention sur telle ou telle maladie particulière lors de l'affectation des fonds disponibles. Des économies d'échelle peuvent notamment être réalisées en intégrant, par exemple, les services de prévention du VIH et le traitement préventif intermittent du paludisme dans les programmes de soins prénatals.
- **Éduquer chaque enfant.** Une mère instruite court moins de risque de mourir en couches; chaque année supplémentaire qu'une fille passe sur les bancs de l'école améliore ses chances dans la vie et celles de ces enfants. L'éducation pour tous devrait donc être un élément essentiel de toute stratégie visant à faire reculer la mortalité maternelle.
- **Autonomiser les femmes.** Les progrès visant à améliorer la santé maternelle, comme exprimés dans l'OMD 5, deviendront réalité quand le statut de la femme dans la société s'améliorera. Le secteur de la santé doit prendre conscience des problèmes liés aux normes sociales et sexistes. Si les femmes acquièrent une autonomie et un pouvoir décisionnel, elles accéderont plus facilement aux services disponibles et seront en mesure de prendre en charge leur propre santé et celle de leurs enfants.

Nous ne sommes pas condamnés pour toujours à subir des taux élevés de mortalité maternelle. On peut les faire reculer radicalement au cours des quelques prochaines années et atteindre la cible de l'OMD 5.

Un continuum pour la santé maternelle, néonatale et infantile



Source : Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, site visité le 30 septembre 2007.



RÉFÉRENCES

- ¹ Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, *The Health of the People: The African regional health report*, Éditions de l'OMS, Genève, 2006, p. 19.
- ² Nanda, Geeta, Kimberly Switlick et Elizabeth Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the OMD to Improve Maternal Health: A collection of promising approaches*, Banque mondiale, Washington, D.C., Avril 2005, p. 4.
- ³ Ibid.
- ⁴ Fonds des Nations Unies pour la Population et Family Care International, *Témoignage vivant : La fistule obstétricale et les inégalités en santé maternelle*, UNFPA et FCI, New York, 2007, p. 1.
- ⁵ Organisation mondiale de la Santé, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds – A review of literature and programmes*, OMS, Genève, 2007, pp. 19–20.
- ⁶ Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19–25 janvier 2008, pp. 243–244.
- ⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur la santé 2005: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, p. 44.
- ⁸ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, *Les enfants et le SIDA : Deuxième bilan de la situation*, UNICEF, New York, avril 2008, p. 6.
- ⁹ McIntyre, James, 'Mothers Infected with HIV: Reducing maternal death and disability', *British Medical Bulletin*, vol. 67, 2003, pp. 127, 128.
- ¹⁰ Estimation de l'UNICEF, fondée sur des données de programme national non publiées.
- ¹¹ Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, Rapport de situation 2008, OMS, Genève, 2008, p. 88.
- ¹² Paxton, A., et al., The United Nations Process Indicators for Emergency Obstetric Care : Reflections based on a decade of experience, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 95, 2006, p. 20.
- ¹³ Olsen, Øystein Evjen, Sidney Ndeki et Ole Frithjof Norheim, 'Availability, Distribution and Use of Emergency Obstetric Care in Northern Tanzania', Oxford University Press, 2005, p. 167.
- ¹⁴ Countdown Coverage Writing Group, 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9260, 12–18 avril 2008, pp. 1247–1258.
- ¹⁵ Cleland, John, et al., 'Family Planning: The unfinished agenda', *The Lancet*, vol. 368, no. 9549, 18–24 novembre 2006, pp. 1810–1827.
- ¹⁶ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur la santé 2005: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, p. 50.
- ¹⁷ Projet Objectifs du Millénaire (Nations Unies), *Choix Publics, Décisions Privées : la Santé Sexuelle et Reproductive et les Objectifs du Millénaire pour le développement*, Programme des Nations Unies pour le développement, New York, 2006, p. 38.
- ¹⁸ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur la santé 2005: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005, p. 50.
- ¹⁹ Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la population, *Adolescentes enceintes : Apporter une promesse d'espoir dans le monde entier*, OMS, Genève, 2006, p. 4.
- ²⁰ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants, bilan statistique, Numéro 6*, UNICEF, New York, 2007, p. 45.
- ²¹ OMS, Groupe d'étude sur la mutilation génitale féminine et le devenir obstétrical, 'Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains', *The Lancet*, vol. 367, no. 9525, 3–9 juin 2006, pp. 1835–1841.
- ²² Ibid.
- ²³ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un monde digne des enfants, bilan statistique, Numéro 6*, UNICEF, New York, 2007, p. 44.
- ²⁴ Banque mondiale, 'Education and Development', Education Advisory Service, Banque mondiale, Washington, D.C., 2002, p. 20.
- ²⁵ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde 2004 : Les filles, l'éducation et le développement*, UNICEF, New York, décembre 2003, p. 20.
- ²⁶ Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Partenariat Faire reculer le paludisme (RMB), *Malaria and Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, New York, et RBM, Genève, 2007, pp. 5, 68.
- ²⁷ Pearson, Luwei, et al., 'Review of progress in Maternal Death Review in Africa' (document interne).
- ²⁸ National Coordinating Agency for Population and Development (NCAPD) et al., *Kenya Service Provision Assessment Survey 2004*, NCAPD, Ministry of Health, Central Bureau of Statistics et ORC Macro, Nairobi, 2005, p. 148; et National Bureau of Statistics (NBS) et Macro International Inc., *Tanzania Service Provision Assessment Survey 2006*, NBS et Macro International Inc., Dar es Salaam, 2007, p. 149.
- ²⁹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, *Les enfants et le SIDA : Deuxième bilan de la situation*, UNICEF, New York, avril 2008, p. 5.
- ³⁰ Pearson, Luwei, et al., op. cit.
- ³¹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*, OMS, Genève, 2005, p. 12.
- ³² National Institute of Population Research and Training (NIPORT) et al., *Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001*, NIPORT, ORC Macro, Johns Hopkins University et International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, Dhaka et Calverton (États-Unis), 2003, pp. 67, 80.



- ³³ Costello, Anthony, Kishwar Azad et Sarah Barnett, 'An Alternative Strategy to Reduce Maternal Mortality', *The Lancet*, vol. 368, no. 9546, 28 octobre – 3 novembre 2006, pp. 1477–1479.
- ³⁴ International Institute for Population Sciences (IIPS) et Macro International, *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–06: India: Volume I*, IIPS, Mumbai, 2007, p. 203.
- ³⁵ National Institute of Population Research and Training (NIPORT) et al., *Bangladesh Demographic and Health Survey 2004*, NIPORT, Mitra et associés, et ORC Macro, Dhaka et Calverton (États-Unis d'Amérique), 2005, p. 59.
- ³⁶ Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : Un bilan de la nutrition*, Numéro 4, UNICEF, New York, mai 2006, p. 12.
- ³⁷ El-Zanaty, Fatma, et Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2005*, Ministère de la santé et de la population [Égypte], National Population Council, El-Zanaty et associés, et ORC Macro, Le Caire, 2006, p. 124; Département des statistiques [Jordanie] et ORC Macro, *Jordan Population and Family Health Survey 2002*, Département des statistiques et ORC Macro, Calverton (États-Unis d'Amérique), 2003, p. 98; Ministère de la Santé [Maroc], ORC Macro et Ligue des États Arabes, *Enquête sur la population et la santé familiale 2003–2004*, Ministère de la Santé et ORC Macro, Calverton (États-Unis d'Amérique), 2005, p. 110.
- ³⁸ OMS Groupe d'étude sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, 'Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : OMS étude prospective concertée dans six pays africains', *The Lancet*, vol. 367, no. 9525, 3–9 Juin 2006, pp. 1835–1841.
- ³⁹ Voir, par exemple, Deneux-Tharoux, Catherine, et al., 'Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 108, no. 3, septembre 2006, pp. 541–548.
- ⁴⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE) et al., *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003*, INE et Ministerio de Salud y Deportes, Miraflores (Bolivie), 2004, p. 80; Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) et al., *Salud Sexual y Reproductiva: Resultados, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*, Profamilia, Bogota, nov. 2005, p. 117; Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) et Macro International, *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005–2006*, Secretaría de Salud, INE et Macro International, Tegucigalpa, 2006, p. 76; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) et al., *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Informe Principal*, INEI, Agency for International Development des États-Unis et Measure DHS+, Lima, nov. 2005, p. 76.
- ⁴¹ Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie de l'Est et le Pacifique, *Strategy to Reduce Maternal Deaths*, UNICEF EAPRO, Bangkok, 2003, pp. 4–5.
- ⁴² Westoff, Charles F., 'Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries', *DHS Analytical Studies*, no. 8, ORC Macro, Calverton (États-Unis d'Amérique), Février 2005, p. xi.
- ⁴³ Ibid., p. 10, and Ajadjanian, Victor, 'Is Abortion Culture Fading in the Former Soviet Union? Views about abortion and contraception in Kazakhstan', *Studies in Family Planning*, vol. 33, no. 3, septembre 2002, pp. 237–248; Sedgh, Gilda, et al., 'Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide', *The Lancet*, vol. 370, 13 Octobre 2007, pp. 1338–1146.
- ⁴⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed., OMS, Genève, 2004, pp. 13, 30.
- ⁴⁵ Westoff, Charles F., op.cit.
- ⁴⁶ Hoyert, D.L., *Maternal Mortality and Related Concepts*, National Center for Health Statistics, Vital and Health Statistics, Series 3, Number 33, fév. 2007, p. 8.
- ⁴⁷ Belizán, José M., Fernando Althabe et Maria Luisa Cafferata, 'Health Consequences of the Increasing Caesarean Section Rates', *Epidemiology*, vol. 18, no. 4, juillet 2007, pp. 485–486.
- ⁴⁸ Centers for Disease Control and Prevention, 'QuickStats: Percentage of all live births by cesarean delivery – National Vital Statistics System, United States, 2005', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 56, no. 15, 20 avril 2007, <www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5615a8.htm>, site visité le 21 mai 2008.
- ⁴⁹ Confidential Enquiry into Maternal and Child Health, *Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003–2005*, CEMACH, Londres, décembre 2007, p. 1.
- ⁵⁰ Villamor, Eduardo, et Sven Cnattingius, 'Interpregnancy Weight Change and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: A population-based study', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 septembre–6 octobre 2006, p. 1164.
- ⁵¹ Filippi, Véronique, et al., 'Maternal Health in Poor Countries: The broader context and a call for action', *The Lancet*, vol. 368, no. 9546, 28 octobre–3 novembre 2006, pp. 1535–1541.
- ⁵² Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, no. 9260, 12–18 avril 2008, pp. 1268–1275.

TABLEAUX STATISTIQUES

Tableau 1 : Les indicateurs de l'Objectif de développement pour le Millénaire no. 5

Pays et territoires	Taux de mortalité maternelle ^a				Risque de décès sur la vie entière. 1 sur :	Taux de fécondité cumulée 2006	Taux de natalité chez les ado. 2006	Prévalence contracept. (%) 2000-2006*	Besoins non satisfaits / planification familiale (%) 2000-2006*	Accouchements assistés par du personnel qualifié	Soins prénatals 2000-2006*		Taux de césarienne en régions rurales (%) 2000-2006*
	Indiqué 2000-2006*	Ajusté 2005	Limite inf. 2005	Limite sup. 2005							au moins une fois	au moins quatre fois	
AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE													
Afrique du Sud	150 x	400	270	530	110	2,7	64	60	15 x	92	92	73 x	12
Angola		1 400	560	2 600	12	6,5	139	6	-	45	66	-	-
Botswana	330 x	380	120	1 000	130	3,0	55	48	27 x	94	97	-	-
Burundi	620	1 100	480	1 900	16	6,8	55	9	29	34	92	-	-
Comores	380	400	150	840	52	4,5	52	26	35 x	62	75	52 x	4
Érythrée	1 000 x	450	180	850	44	5,2	76	8	27	28	70	41	1
Éthiopie	670	720	460	980	27	5,4	99	15	34	6	28	-	0
Kenya	410	560	340	800	39	5,0	104	39	25	42	88	52	3
Lesotho	760	960	570	1 400	45	3,5	78	37	31	55	90	70	5
Madagascar	470	510	290	740	38	4,9	138	27	24	51	80	40	1
Malawi	980	1 100	720	1 500	18	5,7	142	42	28	54	92	57	3
Maurice	22	15	15	30	3 300	1,9	40	76	4	98	-	-	-
Mozambique	410	520	360	680	45	5,2	157	17	18	48	85	53	1
Namibie	270	210	110	300	170	3,3	62	44	22	76	91	69	-
Ouganda	510	550	350	770	25	6,6	158	24	41	42	94	42	2
Rwanda	750	1 300	770	1 800	16	6,0	42	17	38	39	94	13	2
Seychelles	57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	1 000	1 400	550	2 700	12	6,2	68	15	-	33	26	-	-
Swaziland	230 x	390	130	980	120	3,6	35	48	-	74	90	-	-
Tanzanie, Rép.-Unie de	580	950	620	1 300	24	5,3	124	26	22	43	78	62	2
Zambie	730	830	520	1 200	27	5,3	132	34	27	43	93	72	1
Zimbabwe	560	880	300	2 000	43	3,3	63	60	13	69	94	64 x	3
AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE													
Bénin	500 x	840	330	1 600	20	5,6	125	17	30	78	88	62	2
Burkina Faso	480 x	700	390	1 000	22	6,1	131	17	29	54	85	18	0
Cameroun	670	1 000	670	1 400	24	4,5	123	29	20	63	82	60	1
Cap-Vert	76	210	68	530	120	3,5	86	53 x	14 x	89 x	99	64 x	-
Congo	780	740	450	1 100	22	4,6	119	44	16	83	69	40 x	2
Congo, République dém. du	1 300	1 100	480	1 900	13	6,7	225	31	11	61	39	18	0
Côte d'Ivoire	540	810	310	1 600	27	4,6	115	13	28 x	57	86	75	2
Gabon	520	520	290	760	53	3,1	86	33	28	86	85	45	6
Gambie	730	690	250	1 500	32	4,8	107	18	-	57	68	-	-
Ghana	210 x	560	200	1 300	45	4,0	59	17	34	50	86	-	-
Guinée	980	910	590	1 200	19	5,6	155	9	21	38	94	63	4
Guinée équatoriale	-	680	210	1 600	28	5,4	125	-	-	65	98	-	-
Guinée-Bissau	410	1 100	500	1 800	13	7,1	191	10	-	39	92	69	2
Libéria	580 x	1 200	520	2 100	12	6,8	221	10	33 x	51	82	49	1
Mali	580	970	620	1 300	15	6,6	185	8	29	41	78	-	-
Mauritanie	750	820	480	1 200	22	4,5	89	8	32	57	85	-	-
Niger	650	1 800	840	2 900	7	7,3	204	11	16	33	57	30	0
Nigéria	-	1 100	440	2 000	18	5,5	134	13	17	35	64	16	1
République centrafricaine	540	980	380	1 900	25	4,7	120	19	16 x	53	46	15	0
Sao Tomé-et-Principe	150	-	-	-	-	4,0	70	30	-	81	58	47	1
Sénégal	430	980	590	1 400	21	4,9	92	12	32	52	97	-	-
Sierra Leone	1 800	2 100	880	3 700	8	6,5	169	5	-	43	87	40	1
Tchad	1 100	1 500	930	2 000	11	6,3	172	3	23	14	81	-	-
Togo	480 x	510	290	750	38	5,0	94	17	32 x	62	84	46 x	1
MOYEN-ORIENT/ AFRIQUE DU NORD													
Algérie	120 x	180	55	520	220	2,4	8	61	-	95	89	-	-
Arabie saoudite	-	18	12	24	1 400	3,5	29	32 x	-	91 x	90 x	-	5
Bahrein	46 x	32	21	42	1 300	2,4	17	62 x	-	98 x	97 x	-	-
Djibouti	74 x	650	240	1 400	35	4,1	25	9	-	61	67	-	-
Égypte	84	130	84	170	230	3,0	42	59	10	74	70	59	15
Émirats arabes unis	3 x	37	10	130	1 000	2,3	20	28 x	-	99 x	97 x	-	8
Iran (Rép. islamique d')	37 x	140	95	190	300	2,0	22	74	-	90	77 x	-	-
Iraq	290 x	300	110	600	72	4,4	39	50	-	89	84	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	77 x	97	28	300	350	2,8	3	45 x	-	94 x	81 x	-	5
Jordanie	41 x	62	41	82	450	3,2	25	56	11	100	99	91	15
Koweït	5 x	4	4	8	9 600	2,2	13	50 x	-	98 x	95 x	-	-
Liban	100 x	150	41	500	290	2,2	26	58	-	98 x	96	-	-
Maroc	230	240	140	350	150	2,4	19	63	10	63	68	-	2
Oman	15	64	18	200	420	3,1	11	32	-	95	100	-	5
Qatar	10 x	12	8	16	2 700	2,7	18	43 x	-	99 x	-	-	-
Soudan	550 x	450	160	1 000	53	4,4	61	7	26 x	87	60	-	24
Syrie, République arabe de	65	130	40	370	210	3,2	39	58	-	93	84	-	-
Territoire palestinien occupé	-	-	-	-	-	5,3	83	50	-	99	99	-	-
Tunisie	69 x	100	27	380	500	1,9	7	66	12	90	92	-	-
Yémen	370	430	150	900	39	5,6	74	23	39 x	27	41	11 x	1

Pays et territoires	Taux de mortalité maternelle ^a				Risque de décès sur la vie entière. 1 sur :	Taux de fécondité cumulée 2006	Taux de natalité chez les ado. 2006	Prévalence contracept. (%) 2000-2006*	Besoins non satisfaits / planification familiale (%) 2000-2006*	Accouchements assistés par du personnel qualifié	Femmes ayant reçu des soins prénatals 2000-2006*		Taux de césarienne en régions rurales (%) 2000-2006*
	Indiqué 2000-2006*	Ajusté 2005	Limite inf. 2005	Limite sup. 2005							au moins une fois	au moins quatre fois	
ASIE DU SUD													
Afghanistan	1 600	1 800	730	3 200	8	7,2	119	10	-	14	16	-	-
Bangladesh	320	570	380	760	51	2,9	132	58	11	20	48	16	2
Bhoutan	260	440	160	970	55	2,3	41	31	-	56	51	-	-
Inde	300	450	300	600	70	2,9	64	56	13	47	74	51	6
Maldives	140	120	42	260	200	2,6	24	39	-	84	81	-	-
Népal	280	830	290	1 900	31	3,4	117	48	25	19	44	29	2
Pakistan	530 x	320	99	810	74	3,6	32	28	33	31	36	14 x	1
Sri Lanka	43	58	39	77	850	1,9	26	70	18	96	95	-	-
ASIE DE L'EST/PACIFIQUE													
Brunéi Darussalam	0 x	13	3	47	2 900	2,4	28	-	-	99 x	100 x	-	-
Cambodge	470	540	370	720	48	3,3	44	40	25	44	69	27	1
Chine	48	45	30	60	1 300	1,7	6	87	-	98	90	-	-
Corée, Rép. de	20 x	14	14	27	6 100	1,2	4	81 x	-	100 x	-	-	-
Corée, Rép.pop.dém. de	110 x	370	110	1 200	140	1,9	1	62 x	-	97	-	-	-
Fidji	38 x	210	55	720	160	2,8	35	44	-	99	-	-	-
Iles Cook	6 x	-	-	-	-	-	-	44	-	98	-	-	-
Iles Marshall	74	-	-	-	-	-	-	34	-	95 x	-	-	-
Iles Salomon	140 x	220	65	580	100	4,0	44	7	-	85 x	-	-	-
Indonésie	310	420	240	600	97	2,2	77	57	9	72	92	81	2
Kiribati	56	-	-	-	-	-	-	21 x	-	85 x	88 x	-	-
Malaisie	28	62	41	82	560	2,7	17	55 x	-	98	79	-	-
Micronésie (États fédérés de)	270 x	-	-	-	-	3,9	29	45 x	-	88	-	-	-
Mongolie	93	46	46	93	840	1,9	46	66	5	99	99	-	-
Myanmar	320	380	260	510	110	2,1	48	34	19	57	76	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-
Palaos	0 x	-	-	-	-	-	-	17	-	100	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	370 x	470	130	1 300	55	4,0	57	26 x	-	41	78 x	-	-
Philippines	170 x	230	60	700	140	3,3	5	49	17	60	88	70	5
République populaire démocratique lao	410	660	190	1 600	33	3,3	13	32	40	19	27	-	-
Samoa	29	-	-	-	-	4,1	30	43 x	-	100 x	-	-	-
Singapour	6 x	14	14	27	6 200	1,3	42	62 x	-	100 x	-	-	-
Thaïlande	24	110	70	140	500	1,8	57	77	11 x	97	98	-	-
Timor-Leste	-	380	150	700	35	6,7	42	10	4	18	61	30	-
Tonga	78	-	-	-	-	3,8	18	33	-	95	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	32	-	100	-	-	-
Vanuatu	68 x	-	-	-	-	3,9	47	28	-	88 x	-	-	-
Viet Nam	160	150	40	510	280	2,2	19	76	5	88	91	29	7
AMÉRIQUE LATINE/CARAÏBES													
Antigua-et-Barbuda	0	-	-	-	-	-	-	53 x	-	100	100	-	-
Argentine	39	77	51	100	530	2,3	58	-	-	99	99	-	-
Bahamas	-	16	16	33	2 700	2,0	54	-	-	99	-	-	-
Barbade	0 x	16	16	31	4 400	1,5	42	55 x	-	100	100	-	-
Belize	130	52	52	100	560	3,0	82	56 x	21 x	84 x	96	76 x	8
Bolivie	230	290	160	430	89	3,6	80	58	23	67	79	58	6
Brésil	76	110	74	150	370	2,3	89	77 x	7 x	88 x	97	76 x	20
Chile	17	16	16	32	3 200	1,9	60	56 x	-	100	95 x	-	-
Colombie	78	130	38	370	290	2,3	68	78	6	96	94	83	16
Costa Rica	36	30	30	60	1 400	2,1	73	96	5 x	99	92	-	18
Cuba	37	45	45	90	1 400	1,5	48	77	-	100	100	-	-
Dominique	0	-	-	-	-	-	-	50 x	-	100	100	-	-
El Salvador	71	170	55	460	190	2,7	83	67	9	92	86	71	15
Équateur	110	210	65	560	170	2,6	83	73	7	99 x	84	58	16
Grenade	0	-	-	-	-	2,3	45	54	-	100	100	-	-
Guatemala	150	290	100	650	71	4,3	110	43	28	41	84	-	8
Guyana	120	470	140	1 600	90	2,4	65	35	-	94	90	-	-
Haïti	630	670	390	960	44	3,7	48	32	38	26	85	54	1
Honduras	110 x	280	190	380	93	3,4	96	65	17	67	92	81	8
Jamaïque	95	170	51	510	240	2,5	81	69	12	97	91	87 x	-
Mexique	62	60	60	120	670	2,3	66	74	12	86 x	86 x	-	-
Nicaragua	87	170	120	230	150	2,8	115	69	15	67	86	72	7
Panama	40	130	39	410	270	2,6	85	-	16 x	93	72	-	-
Paraguay	170	150	99	200	170	3,2	75	73	7	77	94	79	16
Pérou	190	240	170	310	140	2,5	61	71	9	73	92	87	6
République dominicaine	92	150	90	210	230	2,9	110	61	11	96	99	94	25
Saint-Kitts-et-Nevis	0	-	-	-	-	-	-	54	-	100	100	-	-
Sainte-Lucie	35	-	-	-	-	2,2	61	47 x	-	100	99	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	0	-	-	-	-	2,2	65	48	-	100	95	-	-
Suriname	150	72	72	140	530	2,5	41	42	-	85	91	-	-
Trinité-et-Tobago	45 x	45	45	89	1 400	1,6	35	43	16 x	98	96	-	-
Uruguay	26 x	20	20	40	2 100	2,1	62	84 x	-	100 x	94 x	-	-
Venezuela (Rép. bolivarienne du)	60	57	57	110	610	2,6	91	77 x	19 x	95	94	-	-

Tableau 1 : Les indicateurs de l'Objectif de développement pour le Millénaire no. 5 (suite)

Pays et territoires	Indiqué 2000-2006*	Taux de mortalité maternelle†			Risque de décès sur la vie entière. 1 sur :	Taux de fécondité cumulée 2006	Taux de natalité chez les ado. 2006	Prévalence contracept. (%) 2000-2006*	Besoins non satisfaits / planification familiale (%) 2000-2006*	Accouche- ments assistés par du personnel qualifié	Soins prénatals 2000-2006*		Taux de césarienne en régions rurales (%) 2000-2006*
		Ajusté 2005	Limite inf. 2005	Limite sup. 2005							au moins une fois	au moins quatre fois	
ECO/CEI													
Albanie	17	92	26	300	490	2,1	16	60	1	100	97	-	11
Arménie	27	76	23	250	980	1,3	30	53	13	98	93	71	6
Azerbaïdjan	26	82	21	290	670	1,7	29	55	12	100	70	30	1
Bélarus	10	18	18	35	4 800	1,2	22	73	-	100	99	-	-
Bosnie-Herzégovine	3	3	3	6	29 000	1,2	21	36	-	100	99	-	-
Bulgarie	10	11	11	22	7 400	1,3	41	86 x	30 x	99	-	-	-
Croatie	7	7	7	15	10 500	1,3	14	-	-	100	-	-	-
Ex-République yougoslave de Macédoine	13	10	10	20	6 500	1,5	22	-	-	99	81	-	-
Géorgie	23	66	18	230	1 100	1,4	32	47	16	99	94	75	12
Kazakhstan	70	140	40	500	360	2,2	30	51	9 x	100	100	70 x	8
Kirghizistan	100	150	43	460	240	2,5	31	48	12 x	98	97	81 x	6
Moldova, Rép. de	19	22	22	44	3 700	1,4	14	68	7	100	98	89	7
Monténégro	-	-	-	-	-	1,8	17	39	-	99	97	-	-
Ouzbékistan	28	24	24	49	1 400	2,6	35	65	14 x	100	99	79 x	2
Roumanie	17	24	24	49	3 200	1,3	33	70	12	99	94	76	12
Russie, Fédération de	23	28	28	55	2 700	1,3	28	-	-	99	-	-	-
Serbie	-	-	-	-	-	1,8	25	41	-	99	98	-	-
Tadjikistan	97	170	53	460	160	3,5	29	38	-	83	77	-	-
Turkménistan	14	130	37	400	290	2,6	16	48	10	100	99	83	2
Turquie	29	44	29	58	880	2,2	40	71	6	83	81	54	-
Ukraine	13	18	18	36	5 200	1,2	29	66	18 x	100	99	-	-
PAYS INDUSTRIALISÉS													
Allemagne	8 x	4	4	9	19 200	1,4	10	75 x	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australie	-	4	4	9	13 300	1,8	15	-	-	100 x	100 x	-	-
Autriche	-	4	4	7	21 500	1,4	12	51 x	-	100 x	100 x	-	-
Belgique	-	8	8	16	7 800	1,6	8	78 x	3 x	-	-	-	-
Canada	-	7	7	13	11 000	1,5	14	75 x	-	98	-	-	-
Chypre	0 x	10	10	20	6 400	1,6	8	-	-	-	-	-	-
Danemark	10 x	3	3	6	17 800	1,8	6	-	-	-	-	-	-
Espagne	6 x	4	4	9	16 400	1,4	10	81 x	12 x	-	-	-	-
Estonie	29	25	25	50	2 900	1,5	22	70 x	-	100	-	12	-
États-Unis	8 x	11	11	21	4 800	2,1	43	76 x	4 x	99 x	-	-	-
Finlande	6 x	7	7	15	8 500	1,8	10	-	-	100 x	100 x	-	-
France	10 x	8	8	16	6 900	1,9	7	75 x	7 x	99 x	99 x	-	-
Grèce	1 x	3	2	4	25 900	1,3	9	-	-	-	-	-	-
Hongrie	4	6	6	11	13 300	1,3	20	77 x	7 x	100	-	-	-
Irlande	6 x	1	1	2	47 600	2,0	17	-	-	100	-	-	-
Islande	-	4	4	8	12 700	2,0	15	-	-	-	-	-	-
Israël	5 x	4	4	9	7 800	2,8	15	-	-	-	-	-	-
Italie	7 x	3	3	6	26 600	1,4	7	60 x	12 x	-	-	-	-
Japon	8 x	6	6	12	11 600	1,3	3	56	-	100 x	-	-	-
Lettonie	10	10	10	19	8 500	1,3	15	48 x	17 x	100	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lithuanie	16	11	11	22	7 800	1,3	19	47 x	18 x	100	-	-	-
Luxembourg	0 x	12	12	23	5 000	1,7	10	-	-	100	-	-	-
Malte	-	8	8	17	8 300	1,4	14	-	-	98 x	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	-
Norvège	6 x	7	7	15	7 700	1,8	9	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	15 x	9	9	18	5 900	2,0	24	75 x	-	100 x	95 x	-	-
Pays-Bas	7 x	6	6	12	10 200	1,7	5	79 x	-	100 x	-	-	-
Pologne	4	8	5	10	10 600	1,2	33	49 x	-	100	-	-	-
Portugal	8 x	11	7	14	6 400	1,5	14	-	-	100	-	-	-
République tchèque	5	4	4	9	18 100	1,2	11	69 x	11 x	100	99 x	97 x	-
Royaume-Uni	7 x	8	8	15	8 200	1,8	25	84	-	99 x	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	6	6	6	12	13 800	1,2	20	74 x	-	100	-	-	-
Slovénie	17 x	6	6	12	14 200	1,3	7	74 x	9 x	100	98 x	-	-
Suède	5 x	3	3	7	17 400	1,8	5	-	-	-	-	-	-
Suisse	5 x	5	5	11	13 800	1,4	4	82 x	-	-	-	-	-
INDICATEURS CONSOLIDÉS													
Afrique subsaharienne	-	920	470	1 500	22	5,3	126	23	24	43	69	47	2
Afrique de l'Est/australe	-	760	440	1 100	29	5,0	106	30	26	40	71	51	2
Afrique de l'Ouest/centr.	-	1 100	490	1 800	17	5,6	146	17	22	46	67	44	1
Moyen-Orient/Af. du Nord	-	210	93	430	140	3,1	34	55	-	79	72	-	12
Asie du Sud	-	500	300	770	59	3,0	69	53	15	41	65	46	5
Asie de l'Est/Pacifique	-	150	80	270	350	1,9	19	79	11 y	87	89	-	4 y
Amérique latine/Caraïbes	-	130	81	230	280	2,4	78	70	11	-	94	-	13
ECO/CEI	-	46	27	110	1 300	1,7	31	63	11	95	90	-	6
Pays industrialisés	-	8	8	15	8 000	1,7	23	-	-	99	-	-	-
Pays en développement	-	450	240	720	76	2,8	58	61	15 y	59	75	51	4
Pays les moins avancés	-	870	460	1 400	24	4,7	121	30	24	38	61	35	2
Monde	-	400	220	650	92	2,6	54	61	14 y	63	75	51	4

† Les données sur la mortalité maternelle sous la colonne « indiqué » sont celles qu'indiquent les autorités nationales. L'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA et la Banque mondiale procèdent à des ajustements parce que les décès maternels ne sont pas toujours signalés et qu'ils sont parfois mal classifiés et font des estimations pour les pays sans données. La colonne avec les estimations « ajustées » pour 2005 reflète le résultat le plus récent de ces examens. * : Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne. x : Les données se rapportent à une année ou une période différente de celle indiquée en tête de colonne, ne correspondent pas à la définition standard, ou ne portent pas sur l'ensemble du pays. Ces données ne sont pas incluses dans les moyennes régionales ou mondiales. y : À l'exclusion de la Chine en raison du manque de données comparables.

Tableau 2 : Comparaison des taux de mortalité maternelle par région de l'UNICEF, 1990–2005

Région	Taux de mortalité maternelle			Nombre de décès maternels	
	1990	2005	Réduction du pourcentage entre 1990 and 2005	1990	2005
Afrique subsaharienne	940	920	1,5	206 000	265 000
Afrique de l'Est/Afrique australe	790	760	3,9	85 000	103 000
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	1 100	1 100	0,7	121 000	162 000
Moyen-Orient/Afrique du Nord	270	210	21,1	26 000	21 000
Asie du Sud	650	500	22,0	238 000	187 000
Asie de l'Est/Pacifique	220	150	30,3	80 000	45 000
Amérique latine/Caraïbes	180	130	26,0	21 000	15 000
ECO/CEI	63	46	27,5	4 400	2 600
Pays industrialisés	8	8	8,3	960	830
Pays en développement	480	450	6,3	574 000	534 000
Pays les moins avancés	900	870	2,5	201 000	247 000
Monde	430	400	5,4	576 000	536 000

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux de mortalité maternelle – Nombre de décès annuels de femmes de causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes.

Risque de décès maternel sur la vie entière – Le risque de décès maternel sur la vie entière tient compte à la fois de la probabilité de tomber enceinte et de la probabilité de mourir des suites de cette grossesse, cumulées pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer.

Taux de fécondité cumulée – Nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.

Taux de natalité chez les adolescentes – Nombre annuel de naissances chez les femmes de 15 à 19 ans pour 1 000 femmes de cette catégorie d'âge. On l'appelle aussi le taux de fécondité spécifique à cette catégorie d'âge, 15-19 ans.

Prévalence contraceptive – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui vivent maritalement et utilisent des moyens de contraception.

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale – Se réfère aux femmes qui sont fécondes et sexuellement actives mais ne recourent pas à quelque méthode de contraception que ce soit et signalent qu'elles ne veulent plus d'enfants ou veulent repousser à plus tard la naissance d'un nouvel enfant.

Accouchement assisté par du personnel soignant qualifié – Le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (docteurs, infirmiers ou sages-femmes).

Couverture pour les soins prénatals – Le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été examinées au moins une fois au cours d'une grossesse par des agents de santé qualifiés (médecins, infirmiers ou sages-femmes) et le pourcentage de femmes qui ont été examinées au moins quatre fois par un de ces agents.

Césariennes – Pourcentage de naissances vivantes par césarienne.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Mortalité maternelle – OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale.

Risque sur la vie entière – OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale.

Taux de fécondité cumulée – Division de la population des Nations Unies.

Taux de natalité chez les adolescentes – Division de la population des Nations Unies.

Prévalence contraceptive – EDS, MICS et autres enquêtes sur les ménages.

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale – EDS, MICS et autres enquêtes sur les ménages.

Accouchement assisté par du personnel soignant qualifié – EDS, MICS et autres enquêtes sur les ménages.

Femmes ayant reçu des soins prénatals – EDS, MICS et autres enquêtes sur les ménages.

Césariennes – EDS et autres enquêtes sur les ménages.

ESTIMATIONS DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Plusieurs institutions des Nations Unies travaillent sur des estimations plus fiables des niveaux de mortalité maternelle de par le monde et sur l'évaluation des progrès vers la réalisation de l'ODM 5. Un Groupe de travail sur la mortalité maternelle comprenant l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA a élaboré des estimations de la mortalité maternelle comparables internationalement pour 1990, 1995 et 2000, chaque exercice s'appuyant sur la méthodologie précédente.

En 2006, le Groupe de travail sur la mortalité maternelle a été élargi pour intégrer la Banque mondiale et la Division de la population (Nations Unies). Ce Groupe de travail a mis au point un nouvel éventail d'estimations de la mortalité maternelle pour 2005 en s'appuyant sur une méthodologie plus perfectionnée et de nouvelles données, et il en a extrait des estimations des tendances en matière de mortalité maternelle¹. Ce mécanisme a permis de faire des estimations pour des pays qui ne possèdent pas de données nationales, tout en ajustant les données disponibles compte tenu des cas non signalés et mal classés. Sur les 171 pays examinés par le Groupe de travail interinstitutions sur la mortalité maternelle à des fins d'estimations les plus récentes sur la mortalité maternelle, 61 pays représentant un quart des naissances dans le monde n'ont pas pu fournir de données appropriées. Pour ces pays, des modèles ont été utilisés.

Les chercheurs ont élaboré des méthodes pour réunir des informations sur la mortalité maternelle dans les sociétés qui n'enregistrent pas systématiquement les décès. Comme les décès maternels sont relativement rares (ce qui explique pourquoi le taux de mortalité maternelle est mesuré pour 100 000 naissances), il est difficile d'obtenir un échantillon de taille

suffisante pour en extraire des chiffres raisonnablement fiables en s'appuyant sur les enquêtes sur les ménages. L'un des outils mis au point pour accroître le nombre d'événements capturés dans les échantillons retenus aux fins de l'enquête est la « méthode des sœurs », selon laquelle les personnes interrogées répondent à des questions portant sur la survie de toutes leurs sœurs adultes. On peut ainsi obtenir une estimation globale de la mortalité maternelle pour un point situé jusqu'à 12 ans antérieur à l'enquête. La méthode fournit des données utiles, mais l'analyse a révélé que ce type d'enquête débouchait systématiquement sur une sous-estimation des niveaux de mortalité².

En raison de ces difficultés, l'utilisation d'indicateurs de processus est un outil essentiel pour suivre les progrès vers la réalisation de l'ODM 5. La proportion de naissances avec supervision d'un personnel soignant qualifié est un indicateur de processus pour la cible relative à la mortalité maternelle; la prévalence de la contraception, et la couverture par les soins prénatals et post-natals sont des indicateurs de processus pour la cible relative à l'accès universel à la santé procréative. En plus d'être d'un maniement plus facile, les indicateurs de processus ont l'avantage d'étudier l'évolution de la couverture des interventions plutôt que l'impact, fournissant ainsi des informations utiles aux décideurs.

¹ Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale*, OMS, Genève, 2007

² Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « La méthode des sœurs appliquée à l'estimation de la mortalité maternelle : conseils aux utilisateurs potentiels » OMS/RHT/97.28, UNICEF/EPP/97.1, OMS/UNICEF, 1997, pp. 5, 6, 11.



Pour de plus amples informations :
Section de l'information stratégique de l'UNICEF
Division des politiques et de la planification

Publié par l'UNICEF
Division de la communication
3 United Nations Plaza, H-9F
New York, NY 10017, États-Unis

Site Internet : www.unicef.org/french
Courriel : pubdoc@unicef.org

Conception de la maquette : Green Communication Design inc., Montréal

Numéro de vente : F08.XX.16
ISBN : 978-92-806-4316-9
Prix : 15 dollars É.-U.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
septembre 2008