



**Action des parlements en faveur de la santé
de la mère, du nouveau-né et de l'enfant**



Union interparlementaire

Maison des Parlements
5 chemin du Pommier
Case postale 330
CH-1218 Le Grand-Saconnex
Genève, Suisse

Téléphone : +41 22 919 41 50
Fax : +41 22 919 41 60
E-mail : postbox@mail.ipu.org

www.ipu.org

Bureau de l'Observateur permanent de l'Union interparlementaire auprès des Nations Unies

336 East, 45th Street, Tenth Floor
New York, N.Y. 10017
États-Unis d'Amérique

Téléphone : +1 212 557 58 80
Fax : +1 212 557 39 54
E-mail : ny-office@mail.ipu.org

**Action des parlements en faveur de la santé
de la mère, du nouveau-né et de l'enfant**

Remerciements

Le présent guide a été rédigé par Siân Long, avec le concours des parlementaires Chris Baryomunsi (Ouganda), Nkoyo Toyo (Nigéria), Thandi Shongwe (Swaziland), Paula Turyahikayo (Ouganda) et Salma Ataullahjan (Canada). Sue Mbaya, Martin Chungong, Kareen Jabre et Aleksandra Blagojevic, de l'UIP, en ont assuré la relecture éditoriale et technique.

Pour leur apport technique et/ou leur soutien financier précieux à la réalisation du Guide, l'UIP remercie sincèrement :

L'Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD), l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI), le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et World Vision International (WVI).

Copyright © UNION INTERPARLEMENTAIRE (UIP), 2013

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire, transmettre ou stocker dans un système de recherche documentaire, partiellement ou totalement, la présente publication sous quelque forme ou moyen, électronique ou mécanique que ce soit, y compris par la photocopie ou l'enregistrement, sans l'autorisation préalable de l'Union interparlementaire.

Le présent ouvrage est diffusé à condition qu'il ne soit ni prêté ni autrement diffusé, y compris par la voie commerciale, sans le consentement préalable de l'éditeur, sous une présentation différente de celle de l'original et sous réserve que la même condition soit imposée au prochain éditeur.

Les demandes de reproduction ou de traduction en tout ou partie du texte de la présente publication seront accueillies favorablement. Elles doivent être adressées à l'Union interparlementaire. Les Parlements membres et leurs institutions parlementaires peuvent reproduire ou traduire en tout ou partie le texte de la présente publication sans autorisation, mais sont priés d'en informer l'Union interparlementaire.

ISBN 978-92-9142-585-3 (UIP)

Original : anglais

Traduction française : Françoise Wirth

Maquette : Rick Jones (rick@studioexile.com)

Imprimé en France par ICA

Photo de couverture : Assurer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant reste un défi dans le deuxième pays le plus peuplé du monde, l'Inde. © OMS

Avant-propos

Trop de femmes et d'enfants continuent à mourir de maladies qui pourraient être évitées ou de l'absence de soins adéquats. On le sait désormais : la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est l'un des facteurs les plus déterminants du développement humain; elle requiert des efforts de solidarité à l'échelle planétaire et la prise urgente de mesures concertées. Tandis que le programme de développement post-2015, qui prendra la suite des Objectifs du Millénaire pour le développement, est en discussion, le moment est venu de décider de nouvelles mesures audacieuses pour garantir qu'un droit fondamental – le droit à la santé – ne soit pas refusé à plus de la moitié de la population de la planète.

Les récents efforts consentis à l'échelle mondiale et nationale ont débouché sur des avancées significatives, faisant reculer la mortalité maternelle et infantile. Ces efforts ont mis en lumière l'importance du rôle des parlements et des parlementaires dans la résolution de cette question. Tant dans les conférences internationales que dans les débats nationaux, l'importance de la contribution des parlementaires à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est désormais établie et reconnue. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant soit une réalité pour toutes les femmes et tous les enfants du monde, quel que soit l'endroit où ils vivent. Les parlementaires ont ainsi, partout dans le monde, à la fois l'occasion et la responsabilité d'agir.

A sa 126^e Assemblée (Kampala, mars 2012), l'UIP a adopté une résolution intitulée « L'accès à la santé, un droit fondamental : quel rôle les parlements peuvent-ils jouer pour garantir la santé aux femmes et aux enfants ? », qui précise les préoccupations des parlements et les engagements pris pour y répondre. Les parlements s'efforcent de tenir ces engagements mais se heurtent à l'évidence à d'importantes contraintes matérielles et à une insuffisante connaissance de ce qu'ils peuvent faire.

L'UIP s'est engagée à soutenir les efforts des parlements en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Ce guide fait partie intégrante de l'appui que l'UIP apporte aux parlements qui cherchent à remplir leurs obligations au titre de cette résolution, en particulier dans les pays où la mortalité maternelle, néonatale et infantile reste élevée. L'UIP est en effet convaincue que tout parlementaire, qu'il soit ou non directement impliqué dans les questions de santé des femmes et des enfants, a un important rôle à jouer dans ces efforts.

J'espère sincèrement que ce guide sera pour les parlementaires et ceux qui travaillent à leurs côtés une ressource pratique et pertinente qui les aidera à surmonter l'un des plus gros obstacles au développement humain.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anders B. Johansson', with a stylized flourish at the end.

Anders B. Johansson

Secrétaire général

Union interparlementaire

Sommaire

Définitions	7
Sigles et acronymes	9
Introduction	10
Public visé	10
Organisation et contenu	11
Mode d'utilisation	11
1. Importance de l'action parlementaire en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	13
2. Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – problème et riposte	20
Des décès et des maladies évitables	20
Le changement est en marche	24
Améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – ce qui marche	25
Genre et santé	27
Santé génésique et sexuelle – un volet essentiel de la santé maternelle et infantile	28
La force de l'action des communautés locales – prévention et rapidité d'intervention	30
Solidité du système de santé	32
Mesurer les progrès accomplis pour obtenir de meilleurs résultats – responsabilisation	37
3. Moyens à la disposition des parlementaires pour faire progresser la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	42
Légiférer	43
Contrôler	46

Voter des dotations budgétaires	50
Représenter	52
Montrer la voie	53
Agir à l'échelle mondiale	56
4. Rester bien informé	59
Rester bien informé	59
Trouver les informations de base et déterminer les besoins	60
Annexes	65
Annexe 1 : Données nationales de la santé de la mère, du nouveau-né et l'enfant	65
Annexe 2 : Cadre de coordination des actions de promotion de la santé de la femme et de l'enfant	67
Annexe 3 : Bibliographie commentée	68
Fiches analytiques	72
Fiche analytique n°1 : Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – Messages clés	72
Fiche analytique n°2 : Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	74
Fiche analytique n°3 : Principaux modules d'interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	75
Fiche analytique n°4 : Suivi des ressources financières – engagements internationaux	84

Définitions

Les définitions données ci-dessous sont celles de l'Organisation des Nations Unies, utilisées dans les engagements et traités internationaux, sauf indication contraire.

Adolescent

Individu âgé de 10 à 19 ans

Enfant

Individu âgé de 0 à 17 ans

Genre

Terme utilisé pour faire référence aux perceptions et opportunités sociales associées au fait d'être un homme ou une femme, aux relations entre femmes et hommes et filles et garçons, ainsi qu'aux relations entre femmes et aux relations entre hommes. Ces perceptions, ces opportunités et ces relations se construisent dans le cadre social et s'apprennent par la socialisation. Elles sont déterminées par le contexte et par l'époque et peuvent donc évoluer.

Jeune

Individu de sexe masculin ou féminin âgé de 15 à 24 ans

Mort maternelle

Décès d'une femme pendant la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement

Nourrisson

Enfant âgé de 29 jours à un an

Nouveau-né

Enfant de la naissance à l'âge de 28 jours

Période néonatale

Premiers 28 jours après la naissance

Santé génésique ou reproductive

Etat de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité liée à la procréation. La santé génésique concerne les processus et fonctions de procréation à tous les âges de la vie.

Santé sexuelle

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. (Organisation mondiale de la santé, http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/index.html/)

Sexualité

La sexualité recouvre les identités et rôles sexuels et de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la procréation. La sexualité se vit et s'exprime dans les pensées, les convictions, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. (Organisation mondiale de la santé, définition de travail, 2006)

Taux de mortalité infantile

Probabilité de décès entre la naissance et le premier anniversaire pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des moins de cinq ans

Probabilité de décès avant le cinquième anniversaire pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité maternelle

Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes sur une période de temps donnée

Violence sexiste

Tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et motivé par des différences d'ordre social entre hommes et femmes. (Source : Comité de pilotage inter-organisations sur les violences sexistes).

Sigles et acronymes

CARMMA

Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique

CIPD

Conférence internationale sur la population et le développement

FNUAP

Fonds des Nations Unies pour la population

OMD

Objectif du Millénaire pour le développement

ONG

Organisation non gouvernementale

OMS

Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PMNCH

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

PTME

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

SMNI

Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

UIP

Union interparlementaire

UNICEF

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

VIH

Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Des millions de femmes et d'enfants meurent en Afrique, en Asie et en Amérique latine alors que leur mort pourrait être évitée. Toutes les cinq minutes trois femmes décèdent par suite de complications en cours de grossesse ou d'accouchement, 60 deviennent invalides ou subissent une lésion de longue durée et 70 enfants, dont près de 30 ont moins d'un mois d'existence, perdent la vie¹. La quasi-totalité de ces décès pourraient être évités comme le démontre l'expérience de certains pays d'Afrique, d'Asie ou d'Amérique latine. En sensibilisant la population et en développant les systèmes de santé, moins de femmes meurent en couches et les enfants ont de meilleures chances d'atteindre leur cinquième anniversaire.

Nombreux sont les pays qui se sont engagés à œuvrer pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en particulier les pays d'Afrique et d'Asie qui connaissent les plus hauts taux de mortalité.

Les parlementaires ont un rôle essentiel à jouer pour que ces engagements débouchent sur un changement majeur pour les femmes et les enfants. Dans certains pays, les parlementaires ont joué un rôle moteur, faisant progresser leur pays dans la voie du développement social et économique. Par ce biais, les parlementaires peuvent contribuer à changer la situation des femmes et des enfants.

Public visé

Ce guide s'adresse aux parlementaires et à tous ceux qui interviennent dans les processus parlementaires, y compris :

- tous les parlementaires, nouvellement élus ou réélus, notamment (mais pas seulement) ceux qui font partie des commissions parlementaires permanentes de la santé et des commissions *ad hoc* chargées de la santé et des droits des femmes et des enfants;
- les parlementaires ou les personnes qui travaillent avec eux dans des domaines connexes comme la finance, les enfants, le genre, les jeunes ou le VIH et souhaitent relier leurs efforts à la question de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant;

¹ Organisation mondiale de la santé et UNICEF, 2012. *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival: Building a future for women and children – the 2012 report.*

- les membres de groupes, de réseaux, de forums ou d'associations de parlementaires œuvrant dans le domaine de la santé en général ou de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en particulier;
- le personnel parlementaire, notamment le personnel administratif des commissions;
- les membres d'autres instances parlementaires, notamment des instances régionales d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine telles que le Parlement panafricain, le Parlement latino-américain (Parlatino) et le Parlement centraméricain.

Ce guide leur apportera toutes les informations nécessaires pour agir en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Organisation et contenu

La première partie du guide montre combien l'action parlementaire est importante pour faire progresser la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

La deuxième partie brosse un tableau de la situation actuelle de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et précise les possibilités d'action qui s'offrent aux parlementaires ainsi que les difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

La troisième partie regroupe des suggestions de mesures clés que les parlementaires, en leur qualité de législateurs et de représentants de la population, peuvent prendre en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

La quatrième partie récapitule les sources d'information et indique aux parlementaires où trouver des informations techniques supplémentaires.

L'ensemble du guide est illustré d'exemples réels qui montrent comment des parlementaires se sont attaqués au problème, prenant part à la campagne contre la mort évitable de mères, de nouveau-nés et de jeunes enfants. Le guide est axé sur les pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine où ce problème est crucial.

Mode d'utilisation

Guide de référence en soutien à l'action des parlementaires

Le guide propose aux parlementaires un panorama de faits et de concepts clés qui peuvent leur servir à attirer l'attention sur la question de la santé de la mère, du nouveau-né

et de l'enfant. Ces informations seront utilement complétées par des données individuelles relatives aux différents pays. La quatrième partie et l'annexe 1 donnent un certain nombre de références qui aideront les parlementaires à trouver des informations sur leur propre pays.

Ressources pour les campagnes d'information et de sensibilisation



Ce logo apparaît dans le corps du texte pour signaler des suggestions pratiques d'utilisation du contenu du guide à des fins d'information ou de sensibilisation à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Repères à l'intention des parlementaires

Un manuel pratique est proposé aux parlementaires en accompagnement du présent guide sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Ce manuel s'adresse aux facilitateurs qui adapteront son contenu en fonction du contexte et des priorités nationales afin de mieux renforcer les capacités des parlementaires et des autres personnes intervenant dans les processus parlementaires. Pour l'obtenir, s'adresser à l'Union interparlementaire (UIP) ou aux parlements membres de l'UIP.

1. Importance de l'action parlementaire en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

“ Par le passé, nous avons constaté que, dès que les projecteurs s'éteignent, l'attention du monde se tourne rapidement vers d'autres problèmes. Nous, parlementaires qui représentons les citoyens du monde, ne pouvons pas l'admettre. Le droit des femmes et des enfants à bénéficier des meilleures conditions de santé possibles doit être défendu avec constance et persévérance jusqu'à la fin de 2015, dernière année du processus des OMD, et au-delà. *Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale sur les OMD, 2010.*”

—Secrétaire général de l'ONU, Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale sur les OMD, 2010

Chacun doit agir en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

- **L'action s'impose d'urgence** - Chaque année, des millions de femmes et d'enfants meurent et des millions tombent malades ou deviennent invalides en raison de problèmes intervenus pendant la grossesse, l'accouchement ou la petite enfance. La quasi-totalité de ces décès et handicaps sont évitables.
- **Il est possible de faire bouger les choses** - Le nombre des décès des enfants de moins de cinq ans ne représente plus qu'un tiers de celui de 1990. Le nombre des femmes qui trouvent la mort en cours de grossesse ou d'accouchement a presque diminué de moitié, baissant de 543 000 par an en 1990 à 287 000 en 2010².
- **Les gouvernements du monde se sont engagés à prendre des mesures en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.** Les parlementaires doivent s'assurer que les engagements tels que ceux qui sont cités dans le tableau 1

2 Sauf indication contraire, les données citées ici sont celles de l'initiative « Compte à rebours » 2015, lesquelles proviennent des systèmes nationaux d'information sanitaire. Dans l'idéal, le calcul des taux de mortalité devrait reposer sur des registres d'état civil rigoureux répertoriant avec exactitude chaque décès et sa cause. A l'heure actuelle, environ un tiers seulement des pays de l'initiative « Compte à rebours » disposent d'un service d'enregistrement des naissances couvrant plus de 75 % de la population et environ 14 % d'entre eux disposent d'un service d'enregistrement des décès dont la couverture dépasse les 50 %. Un cinquième seulement des pays de l'initiative « Compte à rebours » collectent les données relatives à la mortalité maternelle dans le cadre d'enquêtes ou de recensements. À l'heure actuelle, la plupart des données relatives à la mortalité maternelle sont tirées d'estimations réalisées à l'aide de modèles incorporant des données de sources diverses (état civil, enquêtes auprès des ménages, recensements et autres études). Ces données sont ensuite utilisées par le Groupe interorganisations sur l'estimation de la mortalité maternelle pour calculer les taux de mortalité maternelle. Pour de plus amples informations sur le recueil et l'analyse des données, se reporter à la partie 5.

p. 16 débouchent effectivement sur une amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

- **Sous l'impulsion de l'Union interparlementaire, les parlements du monde se sont engagés à accroître leurs efforts en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.** La résolution de l'UIP sur la santé des femmes et des enfants, adoptée à l'unanimité lors de la 126^e Assemblée interparlementaire d'avril 2012, engage l'UIP et ses membres à œuvrer en faveur des points suivants :
 - engagement politique en faveur de la santé maternelle et infantile, concrétisé par la création des cadres juridiques et des systèmes d'information et de reddition de comptes requis;
 - soutien financier à la santé maternelle et infantile, en veillant à l'utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles ainsi qu'à la qualité de la traçabilité et de la reddition de comptes pour les fonds d'origine nationale et l'aide publique au développement consacrée à la santé;
 - mesures visant à assurer la mise à disposition et l'accessibilité de services de santé intégrés essentiels pour les femmes et les enfants par différents biais, notamment en veillant à ce que le personnel de santé soit compétent et adapté;
 - mobilisation et participation de toutes les parties intéressées et de tous les partenaires éventuels de la santé maternelle et infantile en veillant par ailleurs à ce que les différents secteurs contribuant à la prestation de services de santé coordonnent leurs interventions.

Santé maternelle, néonatale et infantile : un droit fondamental et une nécessité pour le développement national

- **Les femmes et les enfants ont droit à la santé;** ce droit est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (Article 25) qui a été adoptée dès 1948 par 48 pays membres des Nations Unies et a, depuis, donné lieu à deux textes ayant force obligatoire, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Ces deux pactes sont entrés en vigueur en 1976³.

3 Les pays suivants ont signé mais non ratifié le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui comprend des engagements en matière de santé : Afrique du sud, Belize, Comores, Cuba, Etats-Unis, Palaos et São Tomé et Príncipe. Les pays suivants n'ont ni signé ni ratifié ce pacte : (Afrique) Botswana, Mozambique, Soudan du Sud; (Asie) Bhoutan, Brunéi Darussalam, Etats fédérés de Micronésie, Fidji, Iles Marshall, Kiribati, Malaisie Myanmar, Nauru, Samoa, Singapour, Tonga, Tuvalu, Vanuatu; (Europe) Andorre; (Amérique latine et Caraïbes) Antigua-et-Barbuda, Haïti, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie; (Moyen-Orient) Arabie saoudite, Emirats arabes unis, Oman, Qatar.

Investir dans la santé maternelle : un tremplin pour la croissance économique

De 30 à 50 % de la croissance économique de l'Asie entre 1965 et 1990 est attribuée aux progrès réalisés dans le domaine de la santé génésique et à la baisse du taux de mortalité infantile et du taux de fécondité.

Source : PMNCH/UIP, 2010. *Montrer la voie, Les parlementaires et la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.*

En 2012, des ministres africains des Finances et de la Santé et des parlementaires africains ont accru leurs engagements en matière de santé, en particulier au regard de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, lors de la Conférence ministérielle africaine sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé qui s'est tenue à Tunis les 4 et 5 juillet 2012. La Déclaration de Tunis qui en est issue reconnaît que les parlementaires ont un rôle clé à jouer pour que l'Afrique parvienne à assurer une couverture de santé universelle et atteigne les Objectifs du Millénaire pour le développement correspondants ainsi que d'autres objectifs de développement d'ici 2015 et au-delà. La Déclaration de Tunis affirme que la santé est essentielle à la croissance économique et à la réduction des inégalités et de la pauvreté.

Les parlementaires présents à la Conférence ministérielle se sont engagés à intégrer les principes de la Déclaration de Tunis dans les efforts en cours (engagement et résolution de 2011 du Parlement panafricain sur la priorisation de la politique et la budgétisation de mesures en faveur de la santé publique, en particulier la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et l'épanouissement des jeunes; politique parlementaire et plan d'action budgétaire de 2010 sur la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et le développement en Afrique et d'autres engagements antérieurs en matière de santé). Ces engagements soulignent l'importance accordée par les gouvernements africains à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant considérée comme un investissement économique et social à l'échelle du continent.

Source : Banque africaine de développement, <http://www.afdb.org/fr/news-and-events/article/health-ministers-say-investing-in-health-is-key-to-inclusive-and-sustainable-growth-in-africa-9460/>

- **Le développement économique et social d'un pays est subordonné à la bonne santé des femmes et des enfants**⁴. Comme le souligne la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, lorsque la santé de la mère, du nouveau-né

4 Nations Unies, 2010. *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant.*

Tableau 1 : Engagements internationaux et régionaux en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Principaux engagements et résolutions en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant		
2000	Déclaration du Millénaire et Objectifs du Millénaire pour le développement	L'OMD 4 vise une réduction des deux tiers du taux de mortalité des moins de cinq ans entre 1990 et 2015 (de 9,7 millions en 2006 à environ 4 millions en 2015). L'OMD 5 vise une réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015
2006	Plan d'action de Maputo	Déclaration relative aux droits sexuels et génésiques des femmes, ratifiée par les membres de l'Union africaine qui ont unanimement reconnu que la mauvaise santé sexuelle et génésique était le principal facteur de mortalité en Afrique. Le Plan d'action de Maputo vise à assurer un accès universel à des services de santé sexuelle et génésique dans toute l'Afrique d'ici 2015.
2009	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique (CARMMA)	Campagne lancée par l'Union africaine pour accélérer la mise à disposition et l'utilisation de services de santé de qualité accessibles à tous, y compris en matière de santé génésique et sexuelle.
2010	Déclaration de l'Union africaine sur les actions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique d'ici 2015	Les ministres de l'UA se sont engagés à atteindre l'objectif d'Abuja en consacrant 15 % des budgets nationaux à la santé, à lancer la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique (CARMMA) et à rendre des comptes pour garantir une plus grande transparence.
2010	Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant	Cette stratégie fournit un cadre mondial aux efforts de promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en définissant des politiques et des indicateurs communs.
2012	Résolution de l'UIP sur l'accès à la santé des femmes et des enfants	Résolution adoptée à l'unanimité lors de la 126 ^e Assemblée interparlementaire, le 5 avril 2012.
2012	Résolution du Conseil des droits de l'homme « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme »	Cette résolution réaffirme l'engagement de 2009 de lutter contre les causes profondes de mort et d'invalidité maternelles, et donne des indications techniques sur la manière de mettre en œuvre une approche fondée sur les droits.
2012	Déclaration de Manille sur l'accélération des progrès en matière de santé de la femme et de l'enfant	Ministres et hauts responsables de près de 20 pays de la région Asie-Pacifique ont signé la Déclaration de Manille qui définit des mesures concrètes et mesurables pour renforcer les efforts de coopération en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la région Asie-Pacifique.
2013	15 ^e Commentaire général sur le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible (art. 24)	Ce commentaire a été adopté par le Comité des droits de l'enfant lors de sa 62 ^e session. Il apporte un cadre conceptuel et des recommandations de mesures et d'actions concrètes à prendre par les acteurs étatiques et non étatiques pour remplir leurs obligations. Tous les signataires de la Convention relative aux droits de l'enfant doivent se conformer à ce commentaire.

et de l'enfant est bonne, l'argent qui n'est plus nécessaire pour ce poste peut être consacré à la nourriture, à l'éducation et à des activités génératrices de revenus. Lorsque la santé des femmes est meilleure, la santé de leurs enfants est meilleure et, en grandissant, ceux-ci deviennent des adultes plus productifs. Les soins préventifs et curatifs de base apportés aux femmes et aux enfants évitent des milliards de dollars de dépenses en traitements médicaux coûteux.

Attention parlementaire synonyme de légitimité parlementaire accrue

Au Bangladesh, l'émission de télévision « Bangladesh Sanglap » (« Dialogue sur le Bangladesh ») est un débat politique hebdomadaire filmé en studio en présence de public. Elle offre aux citoyens la possibilité de poser des questions aux parlementaires et autres personnalités publiques sur des sujets de leur choix (justice, corruption, éducation, santé, collectivités locales, commerce, sécurité, institutions publiques, etc.). Le public est composé pour moitié de femmes. Il est arrivé que le conseiller du Premier ministre pour les questions de santé et de protection de la famille figure parmi les intervenants. En outre, une émission entière a été consacrée à l'amélioration des services de santé.

Ce programme est suivi par quelque sept millions de personnes chaque semaine. Une enquête menée auprès des téléspectateurs, des décideurs, des représentants du gouvernement et des médias révèle que :

- 86 % des personnes sondées estiment que cette émission a enrichi le débat politique au Bangladesh;
- 78 % pensent qu'elle a permis d'améliorer la transparence et la responsabilisation;
- 89 % estiment que les thèmes sont abordés de manière compréhensible;
- 91 % pensent que l'émission a contribué à mieux faire entendre la voix du peuple, surtout celle des personnes issues des couches sociales défavorisées.

Voici comment un téléspectateur exprime la valeur qu'il attache à une telle démarche : « Dans notre pays, les électeurs ne sont pas au courant des enjeux. C'est pour cela que notre processus électoral ne fonctionne pas correctement. Si l'émission "Bangladesh Sanglap" leur permet d'être plus au fait des réalités politiques, le processus électoral fonctionnera plus harmonieusement et les gens éliront des candidats qualifiés. »

Source: PMNCH/UIP, 2010. Montrer la voie - Les parlementaires et la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Investir dans la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – un impératif politique

L'engagement des parlementaires en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant renforce leur action au bénéfice de la santé générale et des politiques de développement de leur pays.

- Il est de la **responsabilité de l'Etat**, par l'intermédiaire de ses élus, de réduire la mortalité et la souffrance. C'est un impératif moral et pragmatique que d'aider toutes les personnes résidant dans un pays à jouir de leurs droits fondamentaux, parmi lesquels le droit à la santé.
- Les parlementaires ont le devoir de **promouvoir le bien-être de leurs électeurs**, indépendamment de leur race, de leur sexe ou de leur situation sociale. Dans cette optique, ils doivent œuvrer à assurer l'égalité de toutes les femmes et de tous les enfants et à combattre les facteurs de mauvaise santé des femmes, notamment en luttant contre l'inégalité entre les sexes, la violence et la limitation de l'accès aux ressources.

“ La santé de la mère et de l'enfant ne s'améliorera pas sans progrès en matière de lutte contre la pauvreté et la faim (OMD 1), d'accès à l'éducation (OMD 2), d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes (OMD 3), et de lutte contre le VIH/sida et le paludisme (OMD 6).”

—Résolution intitulée « L'accès à la santé, un droit fondamental : quel rôle les parlements peuvent-ils jouer pour garantir la santé aux femmes et aux enfants ? » ; (126^e Assemblée de l'Union interparlementaire, 3 avril 2012)

Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : un élément essentiel à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement

Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) constituent un cadre universel de développement et de lutte contre la pauvreté qui a été défini en 2000 par la Déclaration du Millénaire. Les OMD 4 et 5 concernent explicitement la santé des femmes et des enfants.

- L'OMD 4 vise une réduction des deux tiers du taux de mortalité des moins de cinq ans entre 1990 et 2015, ce qui implique d'abaisser le nombre des décès infantiles de 9,7 millions en 2006 à environ 4 millions en 2015.

- L'OMD 5 vise une réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Pour atteindre ces deux OMD, il faut accélérer les actions, y compris celles visant la réalisation des autres OMD :

OMD 1 pour éliminer l'extrême pauvreté et la faim, en mettant l'accent sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Les problèmes d'alimentation constituent une cause directe de mortalité infantile et accroissent la mortalité maternelle. Les ménages pauvres sont souvent trop démunis pour accéder aux services essentiels de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant;

OMD 2 pour assurer l'éducation primaire pour tous, y compris les filles. Il existe un lien direct entre l'instruction des filles et le report de l'âge de la première grossesse, l'amélioration de la santé maternelle, la réduction de la mortalité et de la mauvaise santé des enfants.

OMD 3 pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. L'égalité des sexes est un facteur déterminant du succès des actions en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : elle permet aux femmes et aux filles de prendre davantage de décisions, améliore le revenu des femmes et la prise en compte des problèmes de santé des femmes et des filles.

OMD 6 pour combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Le VIH est une menace majeure pour la santé maternelle et infantile dans les pays africains à haute prévalence; la prévention du paludisme est une mesure essentielle pour la santé prénatale et infantile.

OMD 7 pour préserver l'environnement en promouvant l'accès à de meilleures sources d'eau et à de meilleures installations sanitaires. De meilleures conditions d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable permettraient de réduire considérablement le nombre des décès de nourrissons et d'enfants et de libérer le temps passé par les femmes et les filles à la corvée d'eau.

OMD 8 pour accroître la solidarité et assurer un approvisionnement pérenne en médicaments essentiels à un prix raisonnable. En 2012, la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants a établi une liste de 13 produits dont l'importance est vitale pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la santé génésique.

Voir <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/bkgd.shtml> pour plus d'informations sur les Objectifs du Millénaire pour le développement.

2. Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – problème et riposte

MESSAGES CLÉS

Il existe un consensus mondial sur la nécessité d'agir collectivement en faveur de la santé des femmes et des enfants et sur la manière de le faire.

Pour assurer la croissance économique et la cohésion sociale des pays, il faut s'attaquer aux énormes disparités constatées dans ce domaine entre pays riches et pays pauvres, mais aussi entre différents lieux des territoires nationaux.

Un petit nombre de mesures simples qui suffiraient à supprimer la plupart des facteurs de mortalité maternelle et infantile ont été répertoriées. Ces mesures sont déjà mises en œuvre avec succès dans certains des pays qui connaissent un fort taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile et ont des ressources limitées.

Certains éléments peuvent faire une véritable différence : par exemple l'existence d'un système de santé solide avec des services intégrés créant des liens tout au long du cycle de la vie au sein des communautés et des familles et disposant d'un personnel qualifié. C'est ce que l'on appelle le « continuum des soins ».

Chaque pays doit mesurer les progrès accomplis en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin de s'assurer que les résultats obtenus concernent *toutes* les femmes et *tous* les enfants, y compris les plus défavorisés. Onze indicateurs de base sont proposés pour ce faire.

Les parlementaires ont un rôle essentiel à jouer pour obtenir que des comptes soient rendus sur les résultats, veiller à ce que les femmes et les enfants soient au centre du processus et gérer les mécanismes de contrôle.

Des décès et des maladies évitables

- Plus de 960 femmes et jeunes filles meurent chaque jour dans le monde à la suite de complications évitables en cours de grossesse ou d'accouchement⁵.

5 UNICEF, 2012, Situation des enfants dans le monde 2012.



- Chaque année, 7,6 millions d'enfants meurent avant leur cinquième anniversaire, 3,3 millions d'entre eux au cours du premier mois de leur vie⁶.
- Chaque année, près de 2 millions d'enfants meurent dans les 24 heures après leur naissance et 2,6 millions sont mort-nés⁷.
- Pour une adolescente, le risque de mourir en cours de grossesse ou d'accouchement est près de 30 % supérieur à celui d'une femme de 20 à 24 ans⁸. Les enfants dont la mère est âgée de 17 ans ou moins ont nettement plus de risques de mourir au cours de leur première année que les enfants nés d'une mère primipare plus âgée. Les mères primipares âgées de 27 à 29 ans ont moins de problèmes de nutrition ou de santé avec leurs enfants⁹.
- Pour chaque femme qui meurt pendant une grossesse, 30 sont victimes de lésions ou de maladies invalidantes présentant des effets secondaires inévitables (fistules obstétriques ou problèmes psychologiques).
- Des millions de bébés ont des lésions, infections, maladies ou handicaps contractés à la naissance, dont ils souffrent souvent toute leur vie durant.

La méthode la plus efficace de prévention des décès en cours de grossesse et d'accouchement consiste à accroître la qualité des soins avant, pendant et après l'accouchement. Il est, en particulier, essentiel de s'assurer que les sages-femmes sont en nombre suffisant et que des soins obstétriques d'urgence sont disponibles 24 heures sur 24 pour toutes les femmes.

Le tableau 2 ci-après reprend les principales causes de décès des femmes en cours de grossesse et d'accouchement et des enfants de la naissance à cinq ans. La quasi-totalité de ces décès peuvent être évités par des mesures au plan familial ou local (prévention du paludisme, amélioration de la nutrition pendant la grossesse) ou par un traitement médical simple dispensé dans un centre de santé local disposant des équipements essentiels pour sauver des vies et de personnel formé au dépistage précoce des problèmes sanitaires potentiellement dangereux.

6 PMNCH, Sommaire du savoir n° 16 : Les Parlementaires

7 Fonds des Nations Unies pour la population, (FNUAP), 2011. *La Pratique de sage-femme dans le monde en 2011 : Naissances réussies, vies sauvées*, New York, FNUAP.

8 Blanc, A. et al., 2012. *New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries*, Groupe de travail sur la mortalité maternelle.

9 Finlay J. et al., 2011. *The association of maternal age with infant mortality, child anthropometric failure, diarrhoea and anaemia for first births: evidence from 55 low- and middle-income countries*. BMJ Open e000226. doi:10.1136/bmjopen-2011-000226.

Tableau 2 : Principales causes de mortalité maternelle, néonatale et infantile

Cause de décès*	Méthode de prévention
Sur vingt décès maternels, sept (35 %) sont imputables à une perte de sang pendant l'accouchement.	Empêcher les grossesses précoces de jeunes femmes dont le corps n'est pas encore prêt; veiller à une alimentation adaptée de la femme enceinte. Assurer l'aide d'une personne qualifiée au moment de l'accouchement; veiller au traitement immédiat des fortes pertes de sang après l'accouchement (hémorragie du post-partum), notamment par l'administration de médicaments de type misoprostol.
Sur vingt décès maternels, près de deux (18 %) sont dus à des maladies largement évitables comme le paludisme ou le sida.	Fournir des moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide; procéder au dépistage du VIH chez toutes les femmes (et en particulier les femmes enceintes) et leur fournir un traitement antirétroviral.
Sur dix décès maternels, près d'un (9 %) est dû à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.	Diffuser des informations sur la prévention des grossesses non désirées et l'accès à une interruption précoce de grossesse lorsque celle-ci est légale; fournir un accès au planning familial; assurer des soins post-avortement de qualité en toutes circonstances sans crainte de poursuites à l'encontre de la personne qui les dispense ou de la femme concernée.
Sur cinq décès infantiles, deux concernent des enfants de moins d'un mois.	Assurer l'accès de toutes les femmes à des soins prénataux réguliers; veiller au suivi nutritionnel de toutes les femmes avant et pendant la grossesse.
Près d'un quart des décès infantiles sont dus à des complications prénatales ou lors de l'accouchement.	Assurer l'accès de toutes les femmes à des soins prénataux (au moins quatre visites prénatales effectuées par une personne qualifiée pour dispenser des soins de santé liés à la maternité).
Plus d'un tiers de tous les décès infantiles sont dus à des infections (pneumonie, rougeole et tuberculose notamment).	Vacciner systématiquement les femmes enceintes et les enfants; fournir une éducation et une aide nutritionnelles; apporter des compléments en vitamine A aux jeunes enfants; procéder au diagnostic précoce de la pneumonie et fournir un traitement antibiotique.
Sur vingt décès infantiles, plus de trois sont dus à des maladies causées par la mauvaise qualité de l'eau et à un défaut d'hygiène (diarrhée et paludisme).	Assurer l'accès à l'eau potable et à des installations sanitaires, fournir des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

* Les données de ce tableau sont tirées de *Women's and Children's Health: Needs and Challenges, Partnership on Maternal, Newborn and Child Health*, portal.pmnch.org/ et de *Immunization, Vaccines and Biologicals*, *World Health Organization*, www.who.int/vaccines/en/vitamina.shtml

Le changement est en marche

Grâce à l'énergie et à l'esprit d'innovation des femmes et des enfants, des communautés, du personnel de santé et de beaucoup d'autres personnes – et notamment des parlementaires – des progrès substantiels ont été accomplis ces dernières années. Il reste néanmoins beaucoup à faire pour que toutes ces vies ne soient plus perdues inutilement.

- Il est peu probable que les engagements internationaux en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant puissent être tenus au vu des niveaux d'efforts actuels. Sur les 75 pays concernés par l'initiative « Compte à rebours¹⁰ », 9 seulement sont en voie d'atteindre le cinquième Objectif du Millénaire pour le développement et 23 seulement sont en voie de réaliser le quatrième.
- Les progrès sont irréguliers d'un pays à l'autre mais aussi à l'intérieur des pays. Une femme africaine a cent fois plus de risques de mourir des suites d'une grossesse qu'une femme d'un pays développé. Les filles, les femmes, les nourrissons et les enfants de ménages pauvres, habitant dans des régions rurales et reculées, appartenant à des populations de migrants, à des populations déplacées ou touchées par un conflit, ont une santé bien moins bonne que les autres. Les femmes et les enfants porteurs du VIH, les adolescents, les professionnels du sexe, les femmes et les enfants handicapés doivent souvent faire face à la discrimination et à la stigmatisation.
- Les systèmes de santé restent insuffisamment développés, ne disposent pas des financements nécessaires et sont souvent mal répartis sur le territoire.
- Les services de santé doivent être dispensés dans le cadre d'un continuum de soins qui comprendra un service intégré commençant avant la grossesse et se poursuivant jusqu'à l'accouchement, couvrant toute l'enfance et en particulier la période néonatale. Des soins doivent également être prévus aux niveaux familial et local, par le biais de services de jour, d'hôpitaux et d'autres centres de santé.
- Une meilleure intégration est nécessaire avec les secteurs autres que celui de la santé. Une alimentation irrégulière, l'absence d'accès à de l'eau potable et à des installations sanitaires, et les diarrhées qui s'ensuivent, sont des causes importantes de mortalité pour les mères, les nourrissons et les moins de cinq ans, de même que la malnutrition.
- Les conflits et les catastrophes naturelles sont des obstacles à l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. En 2006, plus de 50 % des décès maternels et infantiles ont été enregistrés dans des Etats fragiles¹¹.

10 L'initiative « Compte à rebours » 2015 suit l'évolution de la couverture des interventions de santé dont on sait qu'elles réduisent la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

11 Merlin, 2009. *All Mothers Matter: Investing in health workers to save lives in fragile states.*

Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant

L'objectif principal de cette stratégie, lancée par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies Ban Ki-moon, est de sauver 16 millions de vie d'ici 2015 dans les 49 pays les plus pauvres du monde.

La stratégie définit des axes d'intervention pour développer le financement, renforcer les politiques et améliorer les services :

1. soutien aux plans de santé pilotés par les pays par des investissements accrus, prévisibles et durables;
2. prestation intégrée de services de santé et d'interventions qui sauvent des vies – de façon que les femmes et les enfants puissent avoir accès à la prévention, aux traitements et aux soins quand et où ils en ont besoin;
3. renforcement des services de santé, qu'il faudra doter d'un noyau d'agents de santé qualifiés en nombre suffisant;
4. mise en place d'approches novatrices pour le financement, l'élaboration de produits et la fourniture efficiente de services de santé;
5. amélioration du contrôle et de l'évaluation pour faire en sorte que tous les acteurs soient tenus de rendre compte des résultats obtenus.

Source : http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_fr.pdf

- La Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (voir l'encadré) est un appel général auquel de nombreux pays ont répondu en annonçant des engagements de contribution aux objectifs qu'elle fixe.

Améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – ce qui marche

Les actions listées ci-dessous sont des mesures clés qui peuvent être prises à divers stades, sont efficaces et ont été expérimentées avec succès dans des pays disposant de ressources limitées¹² :

12 Ces interventions et stratégies constituent les composantes clés de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (<http://www.everywomaneverychild.org/>) et du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (<http://www.who.int/pmnch/fr/>). Il s'agit de mesures relativement peu coûteuses, qui peuvent être mises en place immédiatement et dont l'action de promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le contexte de pays à revenu bas ou intermédiaire a été prouvée, à condition qu'elles soient prises dans le cadre d'un « continuum de soins » (soins commençant avant la grossesse et poursuivis pendant l'enfance) et d'un système de santé solide, et dans un environnement économique et social favorable.



En Afghanistan, la santé des femmes et des enfants durant la naissance et tout au long de leur vie est menacée par l'insécurité. © UNICEF/NYHQ2010-0810/Holt

- santé génésique (planning familial, traitement des maladies sexuellement transmissibles, soins post-interruption de grossesse);
- soins prénataux : quatre visites pendant la grossesse, prévention du VIH/sida, vaccination antitétanique;
- soins au moment de l'accouchement : assistance qualifiée, prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida, soins obstétriques d'urgence, planning familial après l'accouchement;
- soins au nourrisson et au jeune enfant : vaccination, moustiquaires imprégnées d'insecticide, soins nutritionnels, soins immédiats en cas de maladie infantile, soins supplémentaires pour les prématurés, traitement du VIH/sida.

Il s'agit d'interventions pratiquées sur le lieu où sont dispensés les soins de santé. La santé de la mère et de l'enfant peut aussi être améliorée en amont par des investissements qui ont fait leur preuve comme l'éducation des filles, l'amélioration de l'alimentation des enfants (en particulier des adolescentes), la lutte contre le mariage des enfants et la promotion de l'égalité des sexes.

Genre et santé

Les représentations attachées au genre ainsi que les habitudes culturelles et sociales ont des conséquences sur la santé des femmes et des enfants. La mise en place précoce de l'allaitement et l'allaitement exclusif sont, par exemple, des facteurs essentiels d'une bonne alimentation du nourrisson. Il arrive pourtant fréquemment qu'une mère ne soit pas en mesure de le faire parce que son partenaire ou sa famille l'incite à respecter la tradition (par exemple attendre avant de commencer l'allaitement, donner de l'eau ou des remèdes traditionnels au bébé). La mère a rarement voix au chapitre.

Retarder l'âge du mariage et de la première naissance permet d'éviter de nombreux décès maternels. Une étude récente concernant 97 pays a montré qu'une réduction de 10 % du mariage des filles, lorsqu'elles ne sont encore que des enfants, entraîne une



Lutter contre les pratiques culturelles et sociales qui affectent la santé des femmes et des enfants est important pour l'Inde rurale. © UNICEF/NYHQ2005-2374/Khemka

diminution de 70 % de la mortalité maternelle¹³. De même, en évitant les grossesses non désirées, il est possible de réduire de près d'un tiers les décès maternels¹⁴. L'élimination des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité permettrait d'éviter plus d'un décès maternel sur dix (13 %)¹⁵. Dans cette optique, il faut que les filles et les jeunes femmes soient bien informées et aient la possibilité de faire leurs propres choix, n'aient pas à subir des violences sexuelles et puissent prendre les décisions avec leur partenaire. Il est en particulier essentiel que les filles fréquentent l'école primaire et secondaire¹⁶.

Si les hommes ont également un rôle essentiel à jouer pour améliorer la santé des femmes et des enfants, ils sont souvent insuffisamment informés sur la question ou se sentent exclus des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. L'amélioration de la santé des femmes passe donc aussi par des mesures incitant les hommes à faire preuve de respect vis-à-vis des femmes et à les épauler.

Santé génésique et sexuelle – un volet essentiel de la santé maternelle et infantile

La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est liée à la santé génésique et sexuelle. Par exemple, l'accès à des méthodes efficaces de planning familial permet aux femmes et à leurs partenaires de décider s'ils souhaitent fonder une famille, et dans l'affirmative, quand ils souhaitent le faire. Pour la santé physique des femmes, il est important de retarder et d'espacer les grossesses. S'assurer que chaque enfant qui vient au monde a été désiré constitue également une façon de veiller à la santé psychologique des femmes et des enfants. Les femmes et les hommes doivent aussi être informés des moyens qui permettent d'éviter les maladies sexuellement transmissibles (ou de trouver rapidement un traitement). Ces maladies peuvent entraîner la stérilité de la femme, voire le décès ou l'invalidité permanente de la femme et de l'enfant.

Une femme qui se trouve enceinte sans l'avoir désiré ou dont la grossesse risque de déboucher sur la naissance d'un enfant mort-né ou sur son propre décès choisit souvent

13 Raj A. & Boehmer U. (2013) *Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries*. Violence Against Women April 2013 19:536-51.

14 Organisation mondiale de la santé, www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/fr/

15 Organisation mondiale de la santé, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6^e éd., Genève, OMS, 2011.

16 Commission de la condition de la femme, 55^e session, 22 février-4 mars 2011 ; "Élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles et autonomisation des femmes". <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw55/panels/Panel5-French.pdf>



d'y mettre un terme, même s'il s'agit d'un acte illégal. La réduction du nombre des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité (en réglementant les interruptions de grossesse lorsqu'elles sont légales et en dispensant des soins post-interruption de grossesse à toutes les femmes) est un moyen essentiel de protection de la vie des femmes et de diminution des problèmes durables de santé génésique.

Il est particulièrement important de promouvoir une « sexualité saine », en particulier chez les adolescents, et de faire régresser les pratiques préjudiciables comme le mariage des enfants¹⁷. L'expression « sexualité saine » désigne la possibilité de vivre sa sexualité sans risque de maladies sexuellement transmissibles (notamment le sida), de grossesses non désirées, sans violence, sans stigmatisation et sans discrimination. Elle implique aussi de lutter contre les représentations de genre et de travailler avec les hommes, les femmes et les adolescents des deux sexes à un respect mutuel entre les partenaires. De nombreuses études ont montré que les programmes d'éducation sexuelle n'encouragent nullement une activité sexuelle précoce ou risquée mais ont, au contraire, un impact positif : report des premières expériences sexuelles des jeunes,

17 FNUAP, 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*.



Des Libériens défilent dans leur capitale, Monrovia, pour soutenir la première Journée internationale de la fille : en finir avec le mariage des enfants. © Photo ONU/Emmanuel Tobey

rapports moins fréquents, diminution du nombre de partenaires sexuels, augmentation de l'utilisation de préservatifs ou d'autres contraceptifs si nécessaires¹⁸.

La force de l'action des communautés locales – prévention et rapidité d'intervention

Les communautés locales (citoyens des circonscriptions, chefs traditionnels et religieux, membres actifs des communautés tels que les conseillers municipaux et les militants des partis) sont les pivots d'une action efficace. Les parlementaires ont une influence considérable sur les chefs et les membres des communautés. De ce fait, ils sont bien placés pour contribuer à l'éducation des citoyens et à la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

¹⁸ FNUAP, 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*.

Beaucoup de mesures de prévention des décès et des handicaps sont à prendre au sein des familles : bonne alimentation, soins et soutien adaptés apportés par les parents à la croissance de leurs enfants. Les communautés locales peuvent promouvoir des pratiques saines par la mise en valeur de modèles positifs. Elles peuvent par exemple apporter leur appui aux femmes qui nourrissent leur enfant exclusivement au sein ainsi qu'à leur partenaire. Elles peuvent aussi promouvoir des pratiques efficaces et s'opposer à des pratiques traditionnelles préjudiciables qui exposent les jeunes filles au risque d'une grossesse trop précoce.

Les bénévoles et les militants qui interviennent à l'échelon local dans le domaine de la santé sont bien placés pour repérer les risques sanitaires : grossesses à risque, jeunes épouses isolées susceptibles d'attendre un enfant alors qu'elles ne peuvent bénéficier ni de soins prénataux ni d'une assistance au moment de l'accouchement.

Les leaders locaux, tels que les chefs de communautés confessionnelles, sont en mesure de recommander un recours précoce et accru aux services de santé locaux et de s'opposer aux pratiques préjudiciables à la santé. En 2011, des chefs religieux musulmans de dix pays d'Afrique orientale et occidentale ont, par exemple, émis une fatwa (édit religieux) pour l'Afrique de l'Ouest visant à mettre fin aux mutilations sexuelles féminines¹⁹. Le Sénégal a créé le poste clé d'Ambassadeur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant auquel a été nommé un imam (chef religieux musulman) réputé²⁰.

La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est liée à une évolution des comportements des individus et des communautés. Il faut beaucoup de temps pour changer des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé génésique telles que les mutilations sexuelles féminines ou le mariage des enfants. L'expérience montre néanmoins qu'il est possible de faire évoluer ces pratiques même si elles sont profondément enracinées. Les conséquences de certaines mesures prises aujourd'hui ne seront sensibles que pour la prochaine génération. C'est aujourd'hui qu'il faut, par exemple, améliorer l'alimentation des petites filles pour que les enfants qu'elles auront plus tard aient plus de chances de naître en bonne santé. Les enfants qui grandissent aujourd'hui sans subir de préjudices dans leur famille auront moins tendance à exposer plus tard leur partenaire ou leurs enfants à des mauvais traitements ou des comportements violents qui peuvent avoir des incidences sur la santé des futures générations de femmes et d'enfants.

19 FNUAP/UNICEF (2011) *FNUAP-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change*. Rapport annuel 2011. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Annual_report_on_FGM-C_2011_low_res.pdf

20 PMNCH, 2008. *Successful leadership: Country actions for maternal, newborn and child health*.

Investir dans les personnels locaux pour plus d'équité et d'efficacité

Chez les enfants, la pneumonie est facile à diagnostiquer et à traiter au niveau local et ce type d'intervention peut sauver des vies. C'est la raison pour laquelle, dans plusieurs pays, le gouvernement a autorisé les personnels soignants locaux à prendre en charge la pneumonie des enfants. Dans les pays où les personnels locaux reçoivent une formation et un soutien adéquats leur permettant de détecter et de traiter la pneumonie et d'autres affections telles que la diarrhée aiguë, le nombre des décès recule de manière spectaculaire. Alors que la pneumonie est responsable de 18 % du nombre total des décès des moins de cinq ans, au Népal, où les personnels soignants locaux ont reçu une formation appropriée, les décès imputables à des diarrhées aiguës ou des pneumonies graves ont nettement diminué.

Ce progrès est dû au fait que deux tiers des enfants de moins de cinq ans ont désormais accès à un traitement en moins de 24 heures après l'apparition de la maladie. Au Ghana, 92 % des responsables d'enfants malades ont fait appel à du personnel soignant local pour le traitement d'une pneumonie ou d'une crise de paludisme, le plus souvent en moins de 24 heures. Une étude menée en Zambie a montré que plus de deux tiers (68 %) des enfants malades avaient reçu un traitement précoce approprié dispensé par du personnel soignant local.

Source : UNICEF, 2012. S'engager pour la survie des enfants: une promesse renouvelée.

Un traitement précoce est souvent le moyen d'éviter l'aggravation d'un problème de santé susceptible d'entraîner la mort ou un handicap. Une intervention obstétrique d'urgence peut, par exemple, éviter qu'une dystocie n'entraîne des lésions durables (fistule chez la mère, lésions au cerveau chez l'enfant). Il est important de veiller à l'établissement d'un lien solide entre la population et le secteur de la santé pour que les femmes et les enfants disposent d'informations fiables sur le moment où il est nécessaire de rechercher rapidement des soins de santé et sur la façon de le faire. Les parlementaires ont un important rôle à jouer pour promouvoir l'évolution des comportements et des pratiques qui est indispensable pour que les femmes et les enfants fassent rapidement appel à des soins de santé.

Solidité du système de santé

Même si chaque action individuelle en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (cf. Fiche analytique n° 3 pour plus de détails) est susceptible de faire en

Tableau 3 : Principales composantes du renforcement des systèmes de santé

Mettre les bonnes PERSONNES	<ul style="list-style-type: none">• Leadership et gouvernance• Ressources humaines au service de la santé• Implication des personnes individuelles et des communautés locales
au bon ENDROIT	<ul style="list-style-type: none">• Infrastructures et installations• Savoir où les besoins sont les plus criants• Lutter contre les inégalités
avec les bonnes RESSOURCES	<ul style="list-style-type: none">• Médicaments, vaccins, diagnostics et appareils• Approvisionnement, livraison et gestion des produits• Financement de la santé et protection sociale
pour les bonnes INTERVENTIONS	<ul style="list-style-type: none">• Soins de qualité, promotion de la santé et formation à la santé• Systèmes d'information, communication et médias• Réponses intégrées et multisectorielles
et l'obtention des bons RESULTATS	<ul style="list-style-type: none">• Accès universel et égalité• OMD et droits de l'homme• Reddition des comptes à tous les niveaux

Source : PMNCH (sans date) *Women's and Children's Health: Needs and Challenges*. portal.pmnch.org/downloads/Needs-and-Challenges.pdf

soi une grande différence, les améliorations les plus efficaces s'observent quand ces interventions se déroulent au sein d'un système de santé solide.

Mettre les bonnes personnes au bon endroit

La fiabilité du personnel de santé est un atout important pour le respect du droit des femmes et des enfants à des soins de qualité. Dans cette optique, il faut pouvoir disposer d'un personnel efficace, bien formé et disposant de bonnes conditions de travail à tous les niveaux du système de santé, depuis l'hôpital local jusqu'à l'hôpital central, sur tout le territoire national. Les sages-femmes, médecins et intervenants de première ligne forment une composante cruciale du système de santé alors que leur nombre est souvent insuffisant.

La mortalité des mères et des bébés est particulièrement élevée pendant la période du travail, de l'accouchement et durant les 24 heures qui suivent la naissance. En effet, dans de nombreux pays, les sages-femmes qualifiées ou les autres personnels capables d'apporter une aide à l'accouchement ne sont pas suffisamment nombreux pour encadrer toutes les grossesses et naissances prévues, en particulier les 15 % de naissances qui présentent des complications. C'est la raison pour laquelle d'importants efforts ont été faits pour améliorer l'accès aux sages-femmes. Même si cette orientation a permis de faire reculer la mortalité néonatale, deux cinquièmes des décès infantiles interviennent encore au cours du premier mois de vie.



La majorité des cas de mortalité maternelle, néonatale et infantile surviennent en Afrique et en Asie où les services de santé sont démunis. © UNICEF/NYHQ2007-0346/Nesbitt

Beaucoup de femmes et de bébés continuent malheureusement à mourir faute d'accès à des soins obstétricaux ou néonataux d'urgence. Cet accès est particulièrement limité dans les communautés rurales et reculées. Les femmes ont encore du mal à bénéficier des soins d'un personnel soignant qualifié pour des raisons de coût et d'éloignement, mais aussi parce qu'elles n'ont pas toujours la possibilité de prendre elles-mêmes les décisions relatives à leur santé. L'accouchement à domicile est souvent préféré par des membres de la famille ou des accoucheuses traditionnelles qui risquent de ne pas repérer les signes avant-coureurs de complications et n'ont ni la formation ni les ressources nécessaires pour aiguiller les femmes vers des centres de santé et du personnel médical qualifié²¹.

Bien que la constitution d'un corps médical solide prenne du temps, certains pays ont réussi à faire rapidement des progrès importants en adoptant des méthodes innovantes (délégation des tâches et programmes d'incitation du personnel soignant; recours à du personnel soignant local qui fait des visites à domicile et prodigue aux femmes et aux jeunes filles des conseils en matière de santé génésique et sexuelle ainsi que des soins prénataux).

21 FNUAP, 2011. *La Pratique de sage-femme dans le monde en 2011 : Naissances réussies, vies sauvées.*

Actions clés en faveur des personnels

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé (www.who.int/workforcealliance/fr/index.html) a étudié les questions de santé en Afrique et dans d'autres pays à revenu faible et intermédiaire et propose un certain nombre d'actions clés :

- accroître la présence de personnels de santé qualifiés en recourant à des méthodes de recrutement innovantes afin de remédier au manque d'infirmières et de sages-femmes dans les régions rurales. Mener parallèlement des actions de promotion de l'instruction des filles et des femmes;
- investir dans des efforts continus de formation et d'éducation, combinés à une supervision;
- envisager des méthodes de financement novatrices pour fidéliser les personnels de santé (primes de logement ou frais de scolarité);
- déterminer les effets restrictifs des politiques et lois en vigueur sur les personnels de santé; rechercher les possibilités de transfert de tâches (confier certaines tâches à des agents de santé moins qualifiés mais davantage en contact avec la population). Il apparaît par exemple de plus en plus évident que les personnels soignants travaillant dans les communautés locales sont capables de prescrire un large éventail de méthodes contraceptives, y compris hormonales. De même, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ont réalisé avec succès des gestes et soins obstétricaux que seuls les médecins sont légalement autorisés à pratiquer dans de nombreux pays.

D'autres intervenants ont aussi une influence sur les services sanitaires : éducateurs d'adultes ou en milieu scolaire qui peuvent encourager l'instruction des femmes, agents chargés de l'approvisionnement en eau et des installations sanitaires qui peuvent promouvoir l'hygiène et abaisser les risques de paludisme, fonctionnaires des collectivités territoriales et conseillers en développement agricole qui peuvent susciter et appuyer des initiatives d'émancipation économique et de sécurité alimentaire, travailleurs sociaux qui peuvent prévenir ou lutter contre la violence et les mauvais traitements. Les soins relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sont bien plus efficaces lorsqu'ils interviennent en même temps que d'autres actions en faveur de la sécurité économique, de l'accès aux services fondamentaux et de la protection des femmes et des enfants contre les actes de violence.

La nutrition est aussi un aspect important pour lequel des acteurs hors du secteur médical ont un rôle essentiel à jouer. Les chances d'un enfant de se développer correctement et de connaître une bonne croissance sont étroitement liées aux conditions dont il bénéficie pendant une période relativement limitée dans le temps qui va du début de la grossesse au deuxième anniversaire. Toute sous-alimentation pendant cette période aura des répercussions irréversibles sur son développement intellectuel

et physique. Les membres des communautés locales, les acteurs de l'éducation et du développement agricole ont la possibilité de veiller à ce que les enfants aient une alimentation suffisante et des soins adaptés permettant un bon développement de leur cerveau et de leur corps. De même, les actions d'aide nutritionnelle et de lutte contre l'anémie menées auprès des adolescentes peuvent avoir des effets significatifs sur la santé des femmes et des jeunes enfants et la bonne forme physique des femmes au moment d'aborder une grossesse.

Femme et enfant au Darfour (Soudan) où le conflit met en péril la bonne nutrition. © UNICEF/HQ04-0916/S.Noorani



Mesurer les progrès accomplis pour obtenir de meilleurs résultats – responsabilisation

Le but ultime de toute action en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est de garantir que les femmes et les enfants disposent des meilleures conditions sanitaires possibles. Le cadre proposé par la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant lie la responsabilité de l'emploi des ressources aux résultats obtenus. Ainsi, l'Etat, les services de santé, les chefs et membres des communautés locales sont tous responsabilisés et doivent veiller à ce que les ressources allouées à la santé maternelle et infantile soient bien employées à cette fin et donnent les résultats attendus.

Les parlementaires ont un rôle clé à jouer dans le contrôle de ce mécanisme de reddition des comptes. Il leur incombe notamment :

- de connaître les montants reçus et dépensés pour la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ainsi que les résultats obtenus;
- d'appuyer les décisions de mise en œuvre des politiques et programmes favorisant des prestations fondées sur des expériences réussies;
- d'évaluer les réalisations et d'employer les données ainsi obtenues pour améliorer les politiques et plans d'action nationaux.

La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant (voir tableau 4) a proposé onze indicateurs de base. Chaque pays devrait, au minimum, être en mesure de fournir une évaluation précise et actualisée de ces indicateurs.

Pour réussir à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, il est nécessaire d'obtenir des informations sur les lieux et les causes de décès des femmes et des enfants. La responsabilisation passe nécessairement par l'obtention d'informations fiables et rapidement accessibles. Il est plus facile de décider où renforcer le personnel ou introduire de nouveaux modes de prestation des services lorsque l'on sait précisément ce qui se fait et quelles interventions sont véritablement efficaces. Il est important de vérifier la couverture des services fournis ainsi que l'équité du mode de prestation.

Couverture et équité

L'évaluation de la **couverture générale** constitue un volet important du suivi car elle permet de s'assurer non seulement que les interventions augmentent en nombre

Responsabilisation mondiale dans le domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant a été créée à la suite du lancement de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant avec le mandat, limité dans le temps, d'élaborer un cadre et un plan d'action pour une plus grande responsabilisation. La commission a identifié trois grands axes de redevabilité/responsabilisation : suivi (vérifier ce qui se fait, où et pour qui); examen (évaluer dans quelle mesure les promesses et engagements sont tenus et si les obligations ont été respectées); remédiation ou action (évaluation des mesures nécessaires pour rectifier la situation, dans toute la mesure du possible, lorsque les choses ne se sont pas déroulées comme promis ou comme prévu).

La Commission a formulé dix recommandations qui « portent sur des mesures ambitieuses mais pratiques pouvant être prises par l'ensemble des pays et de leurs partenaires ». Ces recommandations sont axées sur :

- **une meilleure information pour de meilleurs résultats**, grâce à des systèmes nationaux d'enregistrement des événements d'état civil, à l'introduction d'indicateurs communs à tous les pays et à l'exploitation des opportunités d'innovation offertes par les technologies de l'information pour un meilleur accès à des données fiables sur les ressources et les résultats;
- **un meilleur suivi des ressources** consacrées à la santé de la femme et de l'enfant, grâce à l'utilisation de deux indicateurs de ressources communs à tous les pays, à la mise en place de « pactes » entre les gouvernements et les principaux partenaires du développement et à l'examen des dépenses de santé liées à des engagements, au respect des droits de l'homme, à des objectifs et résultats en matière d'égalité en général, et d'égalité des sexes en particulier;
- **un meilleur contrôle des résultats et des ressources**, au niveau national et international, grâce à la mise en place de mécanismes nationaux de reddition des comptes qui soient transparents et incluent l'ensemble des parties prenantes (transparence pour toutes les parties prenantes), à l'enregistrement des dépenses consacrées à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par tous les partenaires du développement et à la création d'un groupe d'experts indépendant chargé de la supervision au niveau mondial.

Cf. www.everywomaneverychild.org/resources/accountability-commission et en français http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/final_accountability_report_fr.pdf

Tableau 4 : Les onze indicateurs de base recommandés par la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant

Domaine d'intervention	Indicateur
Indicateurs des OMD (à mesurer par tous les pays, dans le monde entier)	Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes).
	Mortalité des moins de cinq ans, avec indication de la proportion de décès de nouveau-nés (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes).
	Nombre des enfants de moins de cinq ans présentant un retard de développement.*
Planning familial	Satisfaction des besoins de contraception (proportion des femmes entre 15 et 49 ans mariées ou en couple dont les besoins de planning familial sont satisfaits, c'est-à-dire qui utilisent un moyen de contraception si elles ne veulent plus d'enfants ou souhaitent attendre au moins deux ans avant une grossesse).
Soins en cours de grossesse	Couverture des soins prénataux (pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant accouché d'un enfant vivant et ayant bénéficié d'au moins quatre visites prénatales effectuées par du personnel de santé qualifié).
Soins en cours de grossesse / soins à l'accouchement / soins du post-partum	Prophylaxie antirétrovirale pour les femmes enceintes dont le test VIH est positif afin d'éviter la transmission du virus à l'enfant et traitement antirétroviral pour les femmes pouvant en bénéficier.
Soins à l'accouchement / soins néonataux	Assistance qualifiée à la naissance (pourcentage des naissances vivantes ayant bénéficié de l'assistance d'un agent de santé qualifié).
Soins à l'accouchement / soins néonataux / soins postnataux	Soins postnataux pour les mères et les bébés (pourcentage de mères et de bébés ayant bénéficié d'une visite postnatale dans les deux jours suivant l'accouchement).
Soins au nouveau-né / au nourrisson et au jeune enfant	Allaitement maternel exclusif pendant six mois (pourcentage des enfants de 0 à 5 mois exclusivement nourris au sein).
Soins au nouveau-né / au nourrisson et au jeune enfant	Administration de trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (pourcentage des nourrissons entre 12 et 23 mois ayant reçu trois doses de DTCoq).
Soins au nouveau-né / au nourrisson et au jeune enfant	Traitement antibiotique de la pneumonie (pourcentage des enfants de 0 à 59 mois présumés atteints de pneumonie ayant reçu des antibiotiques).

* Pourcentage des enfants de moins de cinq ans dont la taille relative à l'âge se situe au-dessous de la courbe minimum ou présente deux écarts par rapport à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS (la formulation de l'indicateur diffère légèrement de celle de l'indicateur des OMD qui se réfère aux enfants présentant une insuffisance pondérale).

mais aussi qu'elles atteignent effectivement leur cible et bénéficient aux femmes et aux enfants de l'ensemble du pays. Par couverture, on entend la proportion des individus qui ont besoin d'une prestation ou d'une intervention médicale et qui la reçoivent effectivement. La couverture est évaluée pour un large éventail d'interventions telles que la vaccination, la supplémentation en vitamines ou la contraception.

Le suivi doit également évaluer les **différences de couverture** entre les femmes et les enfants de foyers riches et de foyers pauvres. Si la santé est un droit fondamental qu'il faut respecter, les actions sanitaires constituent, par ailleurs, des investissements rentables; investir dans l'amélioration de la santé des plus pauvres est une mesure prioritaire qui débouchera sur une meilleure santé générale comme le montre l'étude de cas ci-dessous. La plupart des pays disposent d'une couverture irrégulière. Dans les zones urbaines, par exemple, les femmes et les enfants ont généralement un plus large accès à divers soins de santé que les femmes et les enfants des zones rurales, même si ce n'est pas toujours le cas.

L'examen des données de base donne une idée des disparités existant au sein d'un pays.

- Il est possible que la couverture ne soit pas la même pour les différents groupes d'âge. La réduction de la mortalité progresse moins vite pour les nouveau-nés que pour les enfants plus âgés. De ce fait, la proportion des décès néonataux dans les



Un centre de santé, maternelle et infantile en Côte d'Ivoire.
© UNICEF/NYHQ2006-2778/Brioni

décès des enfants de moins de cinq ans est passée de 36 à 40 % au cours des dix dernières années.

- D'importantes inégalités subsistent entre les femmes plus instruites des zones urbaines et les femmes moins instruites des zones rurales.
- Certains problèmes de santé ont bénéficié de moins d'attention que d'autres. Si des progrès notables ont été obtenus en matière de réduction des décès évitables au moment de l'accouchement et juste après, les progrès sont nettement moins convaincants en ce qui concerne le nombre des grossesses non désirées ou l'énorme problème des décès ou handicaps causés par des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.



Des données par pays sur la question de l'équité sont disponibles (en anglais) sur le site de l'initiative « Compte à rebours 2015 » (www.countdown2015mnch.org/country-profiles). Sur la base de ces données, il est possible d'établir des désavantages éventuels. Cette analyse pourra servir ensuite à défendre la mise en place d'une loi ou d'une politique sur les questions prioritaires d'égalité.

3. Moyens à la disposition des parlementaires pour faire progresser la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

MESSAGES CLÉS

En leur qualité de législateurs, les parlementaires peuvent concevoir, adopter et contrôler la mise en œuvre de lois promouvant le droit à la santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants, en particulier le droit à la santé sexuelle et génésique et d'autres droits liés à l'égalité d'accès aux soins de santé.

De par leurs fonctions de contrôle, il incombe aux parlementaires d'obliger le gouvernement national à rendre des comptes. De ce fait, ils ont un rôle crucial à jouer dans le suivi des lois, des politiques et des stratégies afin de s'assurer de leur application et de l'amélioration effective de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

La dotation budgétaire permet de s'assurer d'une allocation pertinente des fonds là où ils sont le plus nécessaires et dans des conditions d'efficacité maximale. Il incombe à tout parlementaire de s'assurer que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant bénéficie de financements adéquats permettant des interventions d'un bon rapport efficacité/coût.

Pour mettre en lumière l'importance cruciale de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour le développement du pays et le bien-être des citoyens, les parlementaires ont la possibilité d'agir directement sur la situation dans leur circonscription et de se faire les porte-paroles des citoyens au niveau national.

Les parlementaires peuvent agir pour renforcer les actions et interventions décrites dans la partie précédente dans l'accomplissement de leurs principales fonctions :

- **en légiférant** pour assurer un accès universel aux soins essentiels;
- **en assurant leur rôle de contrôle** ou en obligeant le gouvernement à rendre des comptes sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques appropriées;
- **en votant des budgets et des dépenses** adéquats pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant;
- **en représentant** les préoccupations des femmes et des enfants en matière de santé.



Un parlementaire va à la rencontre d'enfants souffrant de malnutrition dans le nord-est du Kenya. © IPU/Jennings

Légiférer

En leur qualité de **législateurs**, les parlementaires peuvent concevoir, adopter et contrôler la mise en œuvre d'une législation promouvant le droit à la santé de l'ensemble des femmes, des nouveau-nés et des enfants, en particulier le droit à la santé sexuelle et génésique. L'étendue du mandat des parlements par rapport à l'exécutif varie d'un pays à l'autre. Toutefois, la plupart des constitutions accordent au parlement le droit d'examiner, de rejeter et/ou d'amender tout projet de loi ne correspondant pas aux normes et obligations internationales en matière de bien-être des citoyens. De ce fait, les parlementaires peuvent veiller à ce que les lois et politiques garantissent un accès équitable à la santé pour l'ensemble des femmes et des enfants, y compris les plus vulnérables et les plus marginalisés.

Les parlementaires peuvent notamment envisager les mesures indiquées ci-dessous.

Présenter ou amender des lois afin de protéger les droits des femmes et des enfants, en ayant à l'esprit les causes qui sous-tendent les décès maternels et infantiles.

Les parlementaires peuvent, par exemple, examiner les causes sous-jacentes des décès maternels et infantiles qui sont spécifiques à leur pays et déterminer si elles sont prises en

compte par les lois et politiques en vigueur. Ils peuvent vérifier s'il existe des lois visant à promouvoir les droits des femmes et des filles en matière de santé : prévention du mariage des enfants, des mutilations sexuelles féminines, des mauvais traitements des femmes et des enfants, y compris le viol au sein du mariage; égalité d'accès à toutes les possibilités d'instruction pour les femmes et les filles, prévoyant notamment la réinscription des jeunes filles après la naissance d'un bébé; lois relatives aux femmes enceintes. Les parlementaires peuvent aussi étudier le cadre législatif pour s'assurer que toutes les femmes et toutes les adolescentes ont accès à des soins post-avortement et que, dans les pays où l'interruption de grossesse est légale, il existe un cadre législatif établissant que cette interruption est pratiquée dans de bonnes conditions de sécurité.

Proposer ou amender des lois afin de favoriser une fourniture équitable des soins de santé (lois sur les importations, le commerce et l'emploi, par exemple).

Il appartient aux parlementaires de se demander si la législation du commerce en vigueur dans leur pays risque de freiner l'approvisionnement en médicaments essentiels proposés à un prix raisonnable, notamment ceux qui ont été classés comme prioritaires pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par la Commission des Nations Unies sur les

Etude de cas : légiférer pour protéger la santé des jeunes filles

Les propositions de lois des parlementaires sont un puissant facteur de changement. En septembre 2012, le Premier ministre du Swaziland annonce que le Parlement a l'intention de compléter la nouvelle loi du Swaziland sur la protection et le bien-être de l'enfant en prévoyant de poursuivre les hommes qui épousent des filles mineures. Avant cette mesure, en vertu de la Constitution du Swaziland de 2005, les pratiques coutumières étaient autorisées tant qu'elles n'entraient pas en contradiction avec des dispositions constitutionnelles. Les rapports sexuels avec des filles mineures étaient considérés comme un viol sur mineure et poursuivis à ce titre mais seulement en dehors des liens du mariage. Les filles étaient légalement autorisées à se marier dès 15 ans. Avec la nouvelle loi, les contrevenants sont accusés de viol sur mineure et condamnés à une amende d'environ 2 400 dollars. La nouvelle loi sanctionne aussi les parents et tuteurs qui s'entendent avec des hommes adultes pour organiser le mariage d'une enfant. Les contrevenants risquent une peine de prison de 20 ans. Cette nouvelle loi constitue un exemple notable pour les pays où le mariage des enfants reste une vieille pratique traditionnelle.

Source : *Plus News*, 20 septembre 2012. www.irinnews.org/Report/96347/SWAZILAND-Child-marriages-banned www.irinnews.org/Report/96347/SWAZILAND-Child-marriages-banned

produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (www.ucw-project.org/attachment/child_labour_Nepal20110628_114207.pdf) et si cette législation a des répercussions sur le recrutement et l'emploi de personnels de santé dans les zones où leur présence est la plus nécessaire. Les parlementaires peuvent aussi se demander s'il existe des lacunes législatives empêchant les femmes et les enfants d'avoir accès à la santé (enregistrement de l'état civil par exemple) et agir pour la mise en place d'une législation appropriée, en préparant une proposition de loi ou en ajoutant des sections à cet effet pendant le processus d'examen d'un nouveau projet de loi.

Légiférer pour la mise en place et le bon fonctionnement d'organismes de réglementation chargés de promouvoir la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Les progrès en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dépendent beaucoup des personnels de premier niveau intervenant dans les communautés locales (sages-femmes, personnels de santé locaux et autres personnels de base). Ces piliers du système de santé ont besoin de reconnaissance et d'une supervision de la qualité que des organismes de réglementation peuvent assurer. Ces organismes pourront promouvoir la qualité des soins en reconnaissant l'importance vitale de ces personnels de santé dans les lois, les politiques et les stratégies relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Dans le cadre d'une récente étude sur les services des sages-femmes menée dans les pays enregistrant les plus hauts taux de mortalité maternelle et néonatale, seulement 3 des 50 pays étudiés ont indiqué disposer d'un organisme de réglementation spécifique aux sages-femmes, capable de répertorier et de superviser les sages-femmes qualifiées et d'exiger un certain niveau de pratique.

Etude de cas : Améliorer la contribution des personnels de santé au processus législatif

L'existence d'organismes de réglementation forts est une aide pour le parlementaire car ces organismes sont une source d'appui technique et d'action en faveur de la santé des femmes et des enfants. En Ouganda, par exemple, l'Association des sages-femmes du secteur privé apporte un appui à l'élaboration de plans stratégiques pour garantir que la profession soit bien représentée dans les futurs plans pour l'organisation des soins de santé. L'Association des sages-femmes éthiopiennes travaille avec des partenaires internationaux à l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes, à la mise en place d'un organisme de réglementation efficace et à la représentation des sages-femmes auprès des ministères.

Source: FNUAP, 2011, *La Pratique de sage-femme dans le monde en 2011*.

Contrôler

Il incombe aux parlementaires de s'assurer que les lois, politiques et stratégies en vigueur ont bien un effet positif sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. C'est là un rôle crucial. Leurs activités de contrôle comprennent la réception de rapports réguliers de l'Exécutif sur les actions qu'il entreprend, la présentation de questions parlementaires aux membres de l'Exécutif, le contrôle de la mise en œuvre par des visites dans les circonscriptions, la création de commissions spéciales et de commissions d'enquête et la participation à ces commissions. Les parlementaires ont la possibilité d'exercer un contrôle plus étroit et plus structuré par le biais de structures parlementaires telles que les commissions des comptes publics, les commissions permanentes ou les commissions spéciales ayant un mandat d'enquête.

Dans le cadre de leurs tâches individuelles de contrôle, les parlementaires peuvent notamment envisager les mesures indiquées ci-dessous.

Etude de cas : Se mobiliser pour disposer de registres d'état civil d'ici 2020

La mortalité maternelle est l'un des rares grands indicateurs de santé à ne pas être mesuré dans beaucoup de pays. En Afrique et en Asie, la plupart des gens naissent et meurent sans enregistrement officiel de leur existence : dans le monde, plus de 40 % des naissances ne sont pas enregistrées. Dans les années 2000, parmi les pays africains, 9 seulement disposaient d'un système d'état civil couvrant au moins 90 % des naissances et 5 seulement atteignaient ce niveau pour les décès, ce qui représentait un progrès modeste sur les 50 dernières années.

Lors d'une réunion des ministres africains, en 2011, le directeur des Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention) a lancé un appel pour que tous les pays disposent, d'ici 2020, de données d'état civil exactes, en temps réel, fournies par un système d'enregistrement. Les informations ainsi disponibles permettraient d'accélérer les actions de réduction des décès maternels. Un an plus tard, les ministres africains, soutenus par des parlementaires de divers bords politiques, ont tenu une Conférence des ministres africains sur l'enregistrement des données d'état civil. Cette Conférence a appelé à l'adoption de lois et à l'accélération de la mise en place de systèmes d'état civil, reconnaissant que l'enregistrement des données d'état civil est un droit pour chaque individu et un outil de compréhension et de traitement des problèmes de santé, en particulier ceux des femmes et des enfants.

Source : www.safpi.org/news/article/2012/ministerial-statement-civil-registration-and-vital-statistics-conference

S'assurer du respect des engagements gouvernementaux en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Les parlementaires peuvent faire usage de leurs pouvoirs de contrôle afin de s'assurer que le gouvernement a établi une feuille de route prévoyant l'augmentation des dépenses de santé. Dans les Etats africains, cette feuille de route devra prévoir le respect de l'engagement de la Déclaration d'Abuja relatif à l'allocation de 15 % des budgets intérieurs au secteur de la santé; il faudra également vérifier que les plans sectoriels de la santé respectent les engagements nationaux et internationaux d'égalité des sexes.

De nombreux pays ont pris des engagements sur la façon dont ils vont contribuer aux objectifs de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. Il incombe aux parlementaires de s'assurer que ces engagements font l'objet d'un suivi et de rapports de progression transparents. Les engagements des gouvernements dans des initiatives régionales telles que le Plan d'action de Maputo et la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) ont donné lieu à des feuilles de route nationales. Les parlementaires peuvent demander des rapports publics sur l'avancement de ces engagements et feuilles de route.

Envisager la création d'une commission nationale de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant réunissant les diverses parties prenantes et rendant des comptes au parlement, s'il n'en existe pas encore. *Les commissions réunissant les diverses parties prenantes permettent d'accroître la visibilité de la question de la santé des femmes et des enfants et favorisent l'adhésion de nombreux acteurs. Les parlementaires sont bien placés pour attirer l'attention du public sur le besoin d'une commission de ce type.*

Exiger la transparence sur tous les chiffres des dépenses intérieures, prévues et en cours, concernant le secteur de la santé au moment de la présentation des comptes au parlement dans le cadre des budgets et plans nationaux. Militer au sein du parlement (par le biais des questions au gouvernement, de motions et d'autres procédés) pour que le gouvernement fasse un suivi des ressources allouées à la santé maternelle et infantile. Demander des rapports réguliers et transparents sur l'utilisation de l'aide internationale destinée au système de santé.

Exercer la fonction de contrôle parlementaire dans le cadre d'activités dans les circonscriptions en surveillant la façon dont les engagements nationaux et les stratégies nationales y sont effectivement mises en œuvre.

Les parlementaires peuvent par exemple visiter des hôpitaux de leur circonscription pour vérifier la disponibilité des médicaments essentiels et s'assurer que les services obstétriques d'urgence et d'autres services prioritaires fonctionnent correctement; ils peuvent aussi se

rendre dans les bureaux de l'état civil pour vérifier que les données relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sont mises à jour et qu'il existe un lien efficace entre le ministère de la Santé et celui de l'Intérieur.

Les membres de commissions de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ou d'autres commissions du secteur social pourront envisager les actions ci-dessous.

Vérifier la place accordée à la santé maternelle et infantile dans les commissions permanentes et, si nécessaire, appuyer la création d'une commission permanente de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

S'assurer que l'action de celle-ci est harmonisée avec celle des commissions susceptibles de travailler sur la santé génésique et sexuelle. Impliquer les représentants et les personnels parlementaires qui ont exprimé un intérêt pour la question et sont prêts à s'engager avec énergie et initiative.

S'assurer que la stratégie nationale de la santé favorise le développement d'un système de santé solide qui accorde une importance centrale à la santé maternelle et infantile et considère la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant comme une priorité en termes de leadership et de reddition des comptes, de personnel, d'infrastructures, de financement, d'interventions fondées sur l'expérience et de suivi.

Inclure les indicateurs de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans les plans de développement national à moyen terme.

La quasi-totalité des pays qui affichent des progrès en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ont mis en place des plans de réforme du secteur de la santé. Préconiser la prise en compte des indicateurs de santé, en particulier les 11 principaux indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, afin d'accroître leur visibilité dans les budgets nationaux.

Encourager la collaboration intersectorielle au sein des commissions chargées de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et des autres commissions des secteurs sociaux.

Convaincre les autres secteurs de l'importance d'une action multisectorielle en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour la lutte contre les causes sous-jacentes des décès maternels et infantiles. S'assurer que les autres secteurs, notamment ceux liés aux domaines de l'éducation et de la protection sociale, aux questions d'ordre économique (sécurité alimentaire par exemple) et à d'autres questions d'ordre commercial et industriel, adoptent une approche cohérente de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et travaillent tous à la réalisation des objectifs nationaux en la matière.

Etude de cas : Contrôle actif de la santé des enfants par les parlementaires vietnamiens

Le Parlement vietnamien surveille activement l'application de la loi sur la protection, la prise en charge et l'éducation des enfants, et de la loi sur l'assurance maladie. Les parlementaires organisent des rencontres au niveau central avec le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Education et d'autres ministères. Ils se rendent aussi en visite sur le terrain et organisent des rencontres avec les dirigeants provinciaux et ceux des districts, ainsi qu'avec des membres des collectivités locales. Les conclusions et les recommandations issues des missions de contrôle sont consignées par écrit et communiquées au Ministère de la Santé, qui est tenu d'informer les parlementaires de la suite qui y sera donnée.

PMNCH/UIP, 2010. *Montrer la voie : Les parlementaires et la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant* (http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20100716_takingthelead.pdf)

En leur qualité de représentants de leur circonscription, les parlementaires peuvent notamment envisager les mesures indiquées ci-dessous.

Étudier les dépenses de santé dans les circonscriptions ou les régions afin de déterminer si les fonds ont été dépensés efficacement, si les dépenses ont été excessives ou au contraire insuffisantes.

En liaison avec d'autres parlementaires s'intéressant à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et au contrôle budgétaire, les représentants de circonscriptions peuvent promouvoir des budgets locaux plus efficaces, attirer l'attention sur les points faibles et proposer des solutions au niveau local.

“ Deux fonctions nationales sont essentielles si l'on veut qu'il soit rendu compte correctement des engagements et des promesses contractés envers la santé des femmes et des enfants et que la surveillance s'exerce comme il convient. Premièrement, un système rationnel d'information sanitaire pour collecter les données et les notifier. Deuxièmement, un mécanisme délibératif national pour examiner ces données, mesurer les progrès à l'intention des décideurs pertinents, tenir ces décideurs responsables de leurs actes devant leurs concitoyens et la communauté mondiale, tenir la communauté mondiale responsable devant les pays, et concevoir des solutions pour lever les obstacles et remédier aux difficultés en cours.”

—PMNCH, Groupe de travail sur la responsabilisation en matière de résultats, Document final, mai 2011, p. 4.

Voter des dotations budgétaires

Le budget est le plus important des outils politiques d'un gouvernement; sans argent, le gouvernement ne peut en effet rien mettre en œuvre. La dotation budgétaire est donc l'une des principales méthodes par laquelle les parlementaires peuvent concrétiser sur le terrain les politiques en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Les processus budgétaires des parlements varient d'un pays à l'autre; ils fonctionnent à différents niveaux, de l'échelon national à l'échelon local selon le degré et l'étendue de la décentralisation financière. Dans les pays qui bénéficient de financements substantiels de bailleurs de fonds pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ou d'autres composantes du secteur de la santé, l'alignement des budgets sectoriels sur les budgets nationaux est essentiel. Dans le monde entier, les parlementaires ont l'importante responsabilité de veiller à ce que les fonds soient affectés le plus efficacement possible, là où les besoins sont les plus grands. Il incombe à tout parlementaire de s'assurer que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant bénéficie de financements adéquats permettant des actions d'un bon rapport efficacité/coût.

Les parlementaires qui travaillent au sein des commissions budgétaires peuvent notamment envisager les mesures indiquées ci-dessous.

Recourir à des outils de budgétisation intégrant la dimension de genre, en cherchant à trouver les moyens les plus efficaces de financement de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

La budgétisation sensible au genre utilise divers outils et méthodes au cours de l'élaboration du budget afin d'évaluer les éventuelles différences et inégalités d'impact de l'allocation budgétaire sur les hommes et les femmes, ou sur différents groupes d'hommes et de femmes en raison de différences sociales ou économiques²².

S'assurer qu'une part suffisante du budget national est consacrée à la santé de sorte que le pays soit en mesure d'entreprendre et de poursuivre des efforts de renforcement du système de santé.

Les gouvernements africains sont engagés par la Déclaration d'Abuja de 2001. Tous les gouvernements signataires se sont engagés à affecter au moins 15 % de leur budget national à la santé. En 2008-2009, sous la direction de Michelle Bachelet, Présidente du Chili, le Chili, l'Équateur et le Paraguay ont lancé en Amérique latine une campagne d'action en

22 L'UIP a publié un guide à l'usage des parlementaires sur la budgétisation sensible au genre, cf. www.ipu.org/PDF/publications/budget_fr.pdf

Etude de cas : Budgétisation sensible au genre pour la santé génésique

La Commission du Sénat paraguayen sur l'Égalité, le Genre et le Développement social voulait savoir combien d'argent était alloué à la santé sexuelle et génésique par le Ministère de la Santé, mais il s'est avéré impossible de l'établir à partir des allocations budgétaires qui ne comprenaient pas ces renseignements. La Commission a réussi à persuader le Ministère d'introduire une ligne de poste séparée pour les dotations concernant l'achat de contraceptifs. Elle a ainsi constaté que les donateurs couvraient 100 % du montant dépensé en contraceptifs et a pu argumenter pour le déblocage d'une allocation supplémentaire du gouvernement pour les dépenses de contraceptifs.

La Municipalité d'Asuncion a été inspirée par ce qui se passait au niveau national et a demandé l'aide du FNUAP pour un travail de budgétisation sensible au genre à l'échelon municipal. Cette initiative a débouché sur la chute des frais d'usage des polycliniques municipales pour les soins prénataux et postnataux des adolescentes enceintes de moins de 20 ans. La municipalité a aussi augmenté de 300 % le montant alloué pour les coûts de planning familial.

Source: www.presupuestoygenero.net/s28/paginas/iniciativas.htm, cité dans UNFPA/UNIFEM, 2006, *Budgétisation sensible au genre et droits des femmes en matière de santé de la reproduction : un guide pratique*. (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/gender_responsive_fre.pdf)

faveur des femmes et des enfants (« Actuemos Ya por las mujeres y los niños »), promettant d'augmenter les ressources humaines et de partager les expériences pouvant contribuer à sauver des vies de femmes et d'enfants par la réalisation des Objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement²³.

Les parlementaires peuvent consulter la fiche d'évaluation du budget national de la santé de leur pays (www.who.int/pmnch/media/news/2012/2012_health_financing_scorecard.pdf) et déterminer les changements à opérer en pourcentages et en investissement par habitant pour améliorer la situation du secteur de la santé.

Effectuer un suivi des contributions des bailleurs de fonds lorsque celles-ci représentent une part importante du budget national de la santé. S'assurer également que le financement est harmonisé par le biais d'une approche sectorielle, les ressources fournies par les bailleurs abondant un budget sectoriel alloué et géré par le ministère compétent plutôt que des programmes portant sur des questions individuelles, financés et gérés indépendamment du système de santé global.

23 www.who.int/pmnch/activities/DELIVER_NOW_LAC_BRIEFING_NOTE.pdf

Fiches d'évaluation des budgets : percevoir l'impact des investissements de santé

L'étude 2009/2010 des allocations budgétaires et des investissements de santé par habitant des gouvernements africains est très instructive pour les parlementaires impliqués dans les allocations budgétaires et l'examen du budget :

- A l'échelle mondiale, les pays qui affichent un plus fort investissement public de santé par habitant ont investi dans un meilleur accès aux médicaments et une répartition plus équitable des agents de santé sur l'ensemble du territoire; en outre les pays qui affichent un plus fort investissement dans la lutte contre les causes sous-jacentes des décès et maladies (eau potable et installations sanitaires, alimentation, égalité des sexes et éducation, par exemple) ont globalement une meilleure espérance de vie. L'allocation à la santé en pourcentage du budget national doit s'accompagner d'une augmentation de l'investissement par habitant pour entraîner des progrès notables.
- Les pays qui ont tenu leur engagement de consacrer 15 % de leur budget aux dépenses de santé mais n'ont qu'un faible investissement de santé par habitant et un faible investissement dans les déterminants sociaux restent à la traîne pour la réalisation des OMD. Trente-deux des Etats membres de l'Union africaine (UA) investissent moins de 20 dollars par habitant dans la santé, soit moins de la moitié de l'extrême minimum recommandé par l'OMS. Sur ces 32 pays, 4 se sont conformés à l'engagement des 15 %.
- Dans les 33 Etats membres de l'UA qui investissent entre 2 et 37 dollars par habitant seulement, peu ou pas d'amélioration durable de la santé n'est possible. L'investissement doit représenter au moins 44 dollars sur un minimum de cinq ans et inclure des investissements dans des déterminants sociaux.

Source : *Africa Public Health Info. Health Financing Scorecard 2012.* (www.who.int/pmnch/media/news/2012/2012_health_financing_scorecard.pdf)

Représenter

Les parlementaires ont l'importante fonction de **représenter** les avis et préoccupations des citoyens de leur circonscription devant le parlement et de veiller à l'information des circonscriptions sur les questions nationales et parlementaires. Pour s'acquitter de cette fonction, les parlementaires doivent recueillir les avis des citoyens de leur circonscription sur l'efficacité des politiques gouvernementales.

La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est un problème qui a des répercussions particulièrement aiguës sur les « sans-voix » ; les femmes, les nourrissons et les

enfants ont souvent du mal à faire entendre leurs avis. Même ceux qui travaillent directement dans le domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (infirmiers, sages-femmes, personnels de santé locaux) ont rarement l'occasion de donner leur avis sur les méthodes qui permettent de préserver efficacement la santé.

Pour mettre en lumière l'importance cruciale de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour le développement du pays et le bien-être des citoyens, les parlementaires ont la possibilité d'agir directement sur la situation dans leur circonscription et de se faire les porte-paroles des citoyens au niveau national.

La sensibilisation est un autre aspect indissociable de la représentation. En leur qualité de **leaders d'opinion et de décisionnaires**, les parlementaires ont le pouvoir de mobiliser le soutien de leurs concitoyens en faveur de services de santé de qualité qui permettront de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Les parlementaires peuvent contribuer à développer l'instruction du public et à accroître l'information des femmes sur la santé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du parlement.

En travaillant en collaboration avec d'autres dirigeants locaux, administratifs, religieux et territoriaux, les parlementaires ont un rôle essentiel à jouer pour prouver aux femmes, aux enfants et à la population toute entière que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est une question importante.

Montrer la voie

En leur qualité de représentants de leur circonscription, les parlementaires peuvent notamment envisager les mesures indiquées ci-dessous.

Soulever la question de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le cadre du traitement d'autres problèmes locaux.

Les campagnes de travaux publics d'adduction d'eau potable et d'assainissement constituent par exemple une bonne occasion pour transmettre un message clair sur l'importance d'une approche coordonnée de toutes les questions ayant trait à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Des occasions semblables se présentent lorsque des parlementaires agissent en faveur de l'instruction des filles, qui constitue une stratégie efficace de promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Stimuler la discussion sur ce que les familles, les collectivités locales, les services de santé et d'autres services peuvent faire pour promouvoir des pratiques qui protègent la vie des femmes et des enfants et remettre en cause les pratiques traditionnelles

Etude de cas : S'impliquer et faire bouger les choses

La campagne d'urgence contre le mariage des enfants en Afrique a été lancée à l'occasion de la session annuelle 2012 de la Conférence des femmes parlementaires du Parlement panafricain, et avec l'appui de celui-ci, du Réseau parlementaire africain pour la santé publique, de la Coalition et des partenaires pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique. Le président du Parlement panafricain, M. Bethel Amadi, a souligné l'importance de l'éducation pour l'émancipation des petites filles et a appelé les parlementaires à appuyer des lois sanctionnant la non-scolarisation des enfants. Les parlementaires ont été invités (par le Parlement panafricain) à soutenir la campagne par le biais de leurs parlements régionaux et nationaux.

Source : Première session, Troisième législature, 8 au 19 octobre, 2012. Rapport de la Conférence des femmes du Parlement panafricain, 4-5 octobre 2012, Midrand, Johannesburg, République d'Afrique du Sud.

C'est en Asie que les mariages d'enfants sont les plus nombreux. Le Forum des Parlementaires d'Asie sur la Population et le Développement (AFPPD) a pris la tête du combat contre le mariage des enfants. Il a récemment lancé une « boîte à outils » qui met en lumière ce problème et ses conséquences, et propose aux parlementaires des axes d'action qu'ils peuvent partager, discuter et envisager avec d'autres responsables de leurs pays respectifs.

Source : AFPPD/ICRW/AusAID/UNFPA (2012) *Child Marriage in Southern Asia: Policy Options for Action*. www.afppd.org/files/1113/4992/7261/Child_Marriage.pdf

qui sont néfastes à la santé ou à l'alimentation des plus vulnérables, en particulier des adolescentes, des femmes et des enfants.

Visiter régulièrement des services de santé et des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, y compris des services privés; discuter de leurs expériences avec les femmes, les enfants et les personnels de ces services.

Il peut notamment s'avérer utile de s'interroger sur les questions de personnel (accès à des sages-femmes, par exemple). Il est important de solliciter activement les avis de ceux qui ont le plus de mal à avoir accès à des services de santé (mères adolescentes ou femmes porteuses du VIH et leurs partenaires).

Informers les électeurs sur les manifestations et événements parlementaires en relation avec la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour encourager un véritable dialogue sur les processus parlementaires.

Etude de cas : Approfondir le dialogue avec les citoyens et la société civile

En Zambie, entre 2002 et 2007, le taux de mortalité des moins de cinq ans est passé de 168 à 119 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le Parlement zambien a joué un rôle important dans ce succès en attirant l'attention sur la santé infantile par la création de diverses commissions sur les OMD, d'un groupe de femmes, d'un groupe d'enfants et d'un forum de discussion des questions de démographie et de santé génésique. Cent-cinquante bureaux de circonscription dotés de suffisamment de personnel aident les parlementaires à mieux représenter les citoyens et à faire en sorte que le cadre législatif reflète les priorités du pays sur le plan de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les parlementaires zambiens ont aidé les organisations de la société civile à se faire entendre au Parlement.

PMNCH/UIP, 2010. *Montrer la voie : Les parlementaires et la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.*

En leur qualité de leaders d'opinion et de mobilisateurs, les parlementaires peuvent notamment envisager de prendre les mesures indiquées ci-dessous dans leur circonscription et plus largement aux niveaux local et national, voire au-delà.

Montrer l'exemple – Manifester publiquement son engagement individuel en adoptant de bonnes pratiques en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Il peut s'agir d'actions civiques : profiter, par exemple, du premier jour d'un enfant à l'école maternelle pour insister auprès de la famille sur l'importance de l'école maternelle et des programmes de développement de la petite enfance pour la santé et le bien-être à plus long terme.

Introduire des solutions innovantes aux problèmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au niveau des circonscriptions (préconiser par exemple l'utilisation de téléphones mobiles en soulignant les expériences réussies ailleurs).

Mobiliser et sensibiliser la population aux problèmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au niveau des circonscriptions et lors de manifestations publiques.

Il est notamment important d'encourager la participation des femmes. Dans cette optique, il peut être utile de collaborer avec les groupes locaux de la société civile intervenant dans le domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ou de l'égalité des sexes afin d'encourager une véritable participation des femmes, y compris des plus jeunes.

Efforts conjoints des femmes parlementaires pour la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Au Rwanda, la Constitution post-1994 dispose qu'au moins 30 % des postes des organes décisionnaires, y compris le Parlement, doivent être occupés par des femmes. La tendance s'est renforcée au fil des années. Aux élections de 2008, les femmes ont obtenu 51,9 % des sièges à la chambre basse du Parlement rwandais, plaçant le Rwanda en tête de toutes les nations pour la représentation des femmes en politique.

En 1996, les femmes parlementaires du Rwanda ont formé un forum interpartis dont les membres travaillent ensemble, indépendamment des appartenances de partis, à des questions présentant une importance commune pour les femmes. Au cours de sa première année d'existence, le Forum s'est concentré sur la défense des Rwandaises et le renforcement des capacités de ses membres. Il met en œuvre des processus consultatifs, internes mais aussi externes auprès des citoyens.

Source: Powley E. Rwanda: *The impact of women legislators on policy outcomes affecting children and families*. Background paper for State of the World's Children 2007. New York: UNICEF

Au Cambodge, les sénatrices de tous horizons politiques ont formé un groupe de femmes parlementaires pour agir ensemble sur les questions touchant à l'enfance, en particulier sur le problème des enfants qui travaillent dans les décharges. Les femmes siégeant à l'Assemblée nationale, la chambre basse du Parlement, ont aussi constitué un groupe parlementaire. Ce groupe est arrivé à la conclusion que, de tous les problèmes auxquels se heurtent les femmes au Cambodge, la mortalité maternelle est le plus préoccupant. Les deux groupes de femmes parlementaires – au Sénat et à l'Assemblée nationale – planifient des missions communes sur le terrain, essayent de partager des informations et de travailler de manière complémentaire pour que les questions relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant soient une priorité des orientations politiques.

Source : PMNCH/UIP, 2010. *Montrer la voie : Les parlementaires et la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*.

La coopération avec les médias est essentielle pour s'assurer que leurs sujets sont fondés sur des faits, promeuvent les droits et la survie des femmes et des enfants, et ne tournent pas uniquement autour d'histoires à sensation.

Agir à l'échelle mondiale

Le travail d'un parlementaire est prioritairement lié à ses fonctions de législation, de contrôle, de budgétisation et de représentation au niveau où il a été élu, national ou

local. Néanmoins, il est aussi très important que les parlementaires fassent entendre leur voix dans les processus régionaux et mondiaux. Les parlementaires peuvent soutenir les efforts déployés à l'échelle mondiale en partageant leurs expériences et leurs points de vue sur les plateformes internationales où sont discutées les questions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Nombre des initiatives relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant mentionnées dans le présent guide ont, par exemple, été préconisées et encouragées par des parlementaires d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine.

Enfants sur scène aux Nations Unies à New York lors d'une manifestation de soutien à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. © Photo ONU/Eskinder Debebe



EVERY WOMAN EVERY CHILD

Global Strategy for Women's and Children's Health

September 20, 2011

Etude de cas : La proposition de loi d'un parlementaire ougandais sur la vaccination conduit à une action à l'échelle régionale

En novembre 2012, suite à la proposition de loi d'un parlementaire, la Chambre du Parlement ougandais a approuvé la rédaction, la publication dans la gazette et la présentation en première lecture d'un texte sur la vaccination. La semaine suivant le vote de ce texte, trois membres du Parlement, représentant le Forum parlementaire ougandais pour la vaccination, ont rencontré d'autres parlementaires du continent africain à l'occasion de l'Assemblée législative de l'Afrique de l'Est et ont défendu le vote d'un projet de loi similaire à l'échelle régionale. La Commission des affaires générales de l'Assemblée a donné son accord à un projet de texte législatif régional sur la vaccination. Un engagement régional de ce type est stratégique. En effet les Etats membres doivent automatiquement appliquer les lois votées par l'Assemblée législative de l'Afrique de l'Est. La loi ougandaise fixera des normes claires et exhaustives, définira précisément les sources de financement, prévoira des sanctions en cas de défaut de vaccination des enfants et établira clairement les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes. L'action législative interparlementaire au niveau régional est particulièrement importante en raison de la propagation transfrontalière de maladies pour lesquelles il existe un vaccin et des déplacements accrus de services et de populations au sein de la communauté est-africaine.

Source : Sabin Institute, 2012, *Summary Digest: Sustainable Immunization Financing*, Vol 4, Issue 2, June 2012. www.sabin.org/sif-library#Volume%204

Des manifestations et des campagnes parlementaires organisées à l'échelle mondiale peuvent également dynamiser la progression au niveau des pays. En 2010, la 6^e Réunion annuelle des Présidentes de parlement, qui s'est déroulée dans les locaux du Parlement suisse avec le concours de l'UIP, a débouché sur la Déclaration de Berne. Cette déclaration concrétise la volonté politique des parlements en matière de santé maternelle et infantile et appelle tous les parlements du monde à l'action. Sous les auspices de la 3^e Commission permanente de l'UIP, les parlements ont répondu à cet appel en adoptant, lors de la 126^e Assemblée interparlementaire de Kampala, en 2012, la résolution « L'accès à la santé, un droit fondamental : quel rôle les parlements peuvent-ils jouer pour garantir la santé aux femmes et aux enfants ? ». Cette résolution commence déjà à avoir des effets catalyseurs sur l'action parlementaire au niveau national.

4. Rester bien informé

“ Il peut être très utile pour les parlementaires de disposer des données les plus récentes sur des questions comme la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants dans le monde. Être informés des choix qui s’offrent à eux lorsqu’ils débattent des lois et en élaborent le contenu peut favoriser une meilleure politique publique et aider les parlementaires à convaincre les sceptiques du bien-fondé d’une initiative législative.”

—PMNCH/UIP, 2010, *Montrer la voie : Les parlementaires et la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant*, Genève, Organisation mondiale de la santé (qui héberge le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant).

Rester bien informé

Les parlementaires ont besoin d’avoir rapidement accès à des informations exactes sur la santé pour être en mesure de contribuer utilement à la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant. Le personnel parlementaire, en particulier celui des commissions parlementaires, a un important rôle à jouer en la matière. Le personnel parlementaire peut en effet :

- noter quand des données relatives à la santé sont recueillies et diffusées;
- s’assurer que les données sont étudiées par des personnes qui ont une bonne connaissance des éléments essentiels des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant et sont en mesure de fournir un résumé des implications techniques des résultats et des incidences en matière de reddition des comptes;
- diffuser ces informations aux acteurs clés – aux parlementaires qui s’intéressent à la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant, aux membres des groupes et commissions de contrôle parlementaire et aux groupes d’intérêt qui, comme les parlementaires, œuvrent en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant;
- appuyer le recueil des données de manière à renforcer le travail de sensibilisation sur les aspects prioritaires de la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant; demander aux partenaires des Nations Unies et de la société civile s’ils établissent des fiches d’évaluation, similaires à celles du FNUAP, sur la santé génésique des adolescents²⁴.

24 africa.unfpa.org/webdav/site/africa/users/Lbarnes/public/2012%20RSH%20Scorecard_Highlighting%20Youth_Adolescent%20Health_Child%20Marriage_Educ_MM_HIV.pdf

Faire parler les statistiques de la santé maternelle, néonatale et infantile

Pour assurer un contrôle efficace de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les parlementaires doivent comprendre le mode de recueil et de traitement des données. Cette connaissance est indispensable au contrôle du respect des engagements pris envers les femmes, les nouveau-nés et les enfants.

Les chiffres de la mortalité maternelle sont, par exemple, essentiels au suivi des progrès réalisés. Pourtant, il arrive souvent que les données correspondantes ne soient pas collectées. Voici quelques mesures clés qui contribueront à améliorer la qualité des données relatives à la mortalité maternelle :

- encourager la mise en place d'un programme harmonisé d'enquêtes auprès des ménages pour le recueil des principales données relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Il faudra peut-être prévoir une allocation budgétaire, chercher un bailleur disposé à investir dans des enquêtes régulières auprès des donateurs et assurer le concours d'experts techniques chargés de vérifier la fiabilité des données;
- investir dans des systèmes d'enregistrement de l'état civil et des systèmes d'information. La conduite d'audits de la mortalité maternelle est un moyen de connaître les causes de décès maternels;
- évaluer les technologies de l'information et de la communication pour un meilleur recueil des données;
- allouer des ressources aux systèmes de gestion des informations et aux unités d'évaluation du ministère de la Santé.

Trouver les informations de base et déterminer les besoins

Etudier la situation de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le pays, afin de déterminer les mesures à prendre en priorité. *Sur la base de l'établissement des besoins et priorités, une seconde évaluation permettra d'explorer les possibilités d'engagement des parlementaires en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et, en particulier, d'identifier les domaines dans lesquels les parlementaires auront besoin de renforts ou de capacités supplémentaires pour accroître leur efficacité en tant que législateurs, de défenseurs et de contrôleurs des politiques et programmes relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. L'évaluation des besoins doit comprendre des entretiens avec les principales parties prenantes et l'analyse des plans, budgets, rapports d'audit et documents médicaux.*

Sources d'assistance et d'informations techniques

Les parlementaires pourront créer un réseau de partenaires susceptibles de leur fournir les informations dont ils ont besoin pour prendre des mesures efficaces en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Parmi ces partenaires pourront par exemple figurer les organismes locaux de recueil de données, les institutions universitaires et de recherche, les ONG, les agences gouvernementales, les organisations de développement international et les agences des bailleurs de fonds. Le présent Guide donne une vue d'ensemble des principales institutions internationales auprès desquelles les parlementaires peuvent se procurer des informations sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

L'Union interparlementaire (www.ipu.org) est une instance de coordination du dialogue mondial entre les parlements et de promotion de la démocratie représentative. Depuis plus de 120 ans, l'UIP s'emploie à assurer aux parlements une place sur la scène mondiale et les moyens nécessaires pour remplir leur mandat. Elle fournit un soutien aux parlements dans le domaine du développement et, par conséquent,

Cas pratique : Le Parlement kényan fait le point

Avec l'appui de l'UIP, le Parlement kényan a procédé à une évaluation rapide du contexte juridique de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. L'étude a porté sur la législation en lien direct avec la fourniture de soins de santé et sur les déterminants sociaux (éducation, genre, emploi . . .). Le rapport d'évaluation donne un résumé clair des dispositions des lois et politiques en vigueur et de l'écart qui les sépare des bonnes pratiques internationales; il aborde également la façon dont le cadre politique et les instruments juridiques sont appliqués dans la réalité. Le rapport se concentre en particulier sur les mesures que les parlementaires et d'autres acteurs doivent prendre pour faire progresser les résultats en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Le rapport précise également les principales lacunes et contradictions des politiques actuelles, les modifications à apporter, les domaines qui méritent une plus grande attention parce que la politique ou la loi n'a pas été élaborée de manière ouverte et participative. Le rapport identifie enfin le besoin d'examen périodiques de la politique, qui doivent être effectués de manière participative. Des recommandations procurent aux parlementaires un cadre clair pour les aider à mieux comprendre leur rôle en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et à déterminer les grandes priorités politiques et juridiques.

Source : Union interparlementaire (2012), *Évaluation rapide du cadre juridique kényan en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : Résumé analytique*, octobre 2012

dans le domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Sa résolution sur le rôle des parlements dans le traitement des grands obstacles à la santé des femmes et des enfants est un appel à tous les parlements.

Le **Fonds des Nations Unies pour la population - FNUAP** (www.unfpa.org) apporte un soutien technique aux gouvernements dans le domaine de la santé génésique et sexuelle, du planning familial et des adolescents. De ce fait, le FNUAP soutient les efforts des parlements de nombreux pays sur des questions en lien avec la population et le développement, notamment la santé maternelle. Le FNUAP propose également de nombreuses publications et informations actualisées sur son site web. Il coordonne la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) (<http://www.carmma.org/fr>).

L'Organisation mondiale de la santé - OMS (www.who.int) joue un rôle d'assistance technique pour tous les aspects du renforcement des systèmes de santé et de santé maternelle et néonatale. L'OMS coordonne la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (www.everywomaneverychild.org) et la Commission de l'information et de la redevabilité qui lui est associée (www.everywomaneverychild.org/resources/accountability-commission). L'OMS fournit des informations et des aides techniques sur la santé aux échelons mondial, régional et national.

Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant - (PMNCH) (<http://www.who.int/pmnch/fr/index.html>) est l'alliance de plus de 500 membres qui œuvrent ensemble pour que toutes les femmes, tous les nouveau-nés, tous les enfants ne soient pas seulement en bonne santé mais se développent pleinement. Le PMNCH propose toute une série de ressources et d'actualités simples et accessibles sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (voir ci-après).

L'UNICEF, Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) (www.unicef.org), est l'organisme des Nations Unies chargé de la santé des enfants, en particulier des actions préventives et donc de la prévention de la transmission verticale du VIH et du traitement pédiatrique du sida. L'UNICEF mène la campagne « Appel à l'action pour la survie de l'enfant » (<http://unicef.fr/contenu/actualite-humanitaire-unicef/appele-l-action-sauvons-45-millions-de-vies-d-enfants-d-ici-2035-2012-06-14>) et l'opération « Une promesse renouvelée » qui lui est associée (http://unicef.fr/userfiles/UNICEF_survie-de-l-enfant_promesse.pdf).

ONU Femmes (www.unwomen.org/fr) est l'organisme de coordination des Nations Unies qui œuvre à la défense des droits des femmes, à des campagnes contre les violences sexuelles et pour des programmes liés à la question de genre.

ONUSIDA (www.unaids.org) est l'organisme des Nations Unies chargé de la coordination des actions sur le VIH et le sida. L'UNAIDS a produit un grand nombre de dossiers et d'études politiques sur les liens entre la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et le VIH et a contribué au renforcement des systèmes de santé.

Le cas échéant, les **donateurs bilatéraux** qui investissent dans la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant disposent d'une expertise technique. En outre, s'il existe des réseaux de parlementaires dans les pays donateurs, il peut être envisagé de créer des alliances en vue d'une action plus efficace.

White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (www.whiteribbonalliance.org) est un réseau international largement coordonné par des groupes locaux de la société civile. Il organise des campagnes pour obtenir des ressources et réclamer des politiques adaptées, permettant d'éviter le décès inutile des femmes. Les organisateurs locaux cherchent souvent à travailler en étroite collaboration avec les parlementaires.

Un certain nombre d'ONG internationales qui jouent un rôle important dans les politiques et programmes du domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ont des représentants-pays qui ont une grande expérience de la mortalité maternelle et infantile. Citons en particulier la campagne « Child Health Now » de World Vision (<http://beta.wvi.org/health>), la campagne « Every One » de Save the Children pour la survie de la mère et du nouveau-né (<http://www.savethechildren.net/what-we-do/every-one-campaign>) et la campagne « Because I am a Girl » de Plan International (<http://plan-international.org/girls/>). Il existe beaucoup d'autres campagnes en relation avec la santé maternelle et infantile qu'il est possible de retrouver au niveau local.

Actualiser ses connaissances

Consultez régulièrement les sites web internationaux pour être informés des derniers événements. Quelques sites importants :

- Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant : www.everywomaneverychild.org (en anglais)
- Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : www.who.int/pmnch/fr/
- Countdown to 2015 (Compte à rebours 2015) : www.countdown2015mnch.org/ (en anglais)
- Committing to Child Survival: A Promise Renewed (Appel à l'action pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée) : www.apromiserenewed.org/Dashboard.html (en anglais)

Vérifiez que les données relatives à votre pays sont disponibles pour permettre les comparaisons entre pays.

Les données de l'Organisation mondiale de la santé relatives aux comptes nationaux de la santé comprennent une base de données mondiale des dépenses de santé (<http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=2>) ainsi que l'évolution dans le temps des données des comptes de santé par pays (www.who.int/nha/country/fr/), avec des liens vers des données plus détaillées sur la santé par pays (<http://apps.who.int/ghodata/>) (en anglais).

Annexes

Annexe 1 : Données nationales de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Quatre-vingt quinze pour cent des décès maternels et infantiles se produisent dans les 75 pays de l'initiative « Compte à rebours 2015 ». Les données de base de ces pays sont disponibles à partir de trois sources principales :

- Les profils nationaux de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant publiés (en anglais) par l'Organisation mondiale de la santé (www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/countries/en/index.html);
- Les profils nationaux de l'initiative « Compte à rebours 2015 » (en anglais) (www.countdown2015mnch.org/country-profiles/);
- Les tableaux statistiques de l'UNICEF sur la Situation des enfants dans le monde 2012 (www.unicef.org/french/sowc2012/statistics.php).

Données spécifiques des pays – mesure des progrès

L'initiative « Compte à rebours 2015 » recense les niveaux de couverture des interventions de santé ayant un effet avéré de diminution de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Les données, présentées de façon claire, incluent des caractéristiques démographiques, les taux de couverture des interventions prioritaires du continuum de soins et des indicateurs mesurant l'équité, le soutien politique, les ressources humaines et les flux financiers. Les données sont, en outre, accompagnées d'indications d'aide à leur interprétation. La capture d'écran ci-dessous est un exemple d'informations spécifiques à un pays.



Countdown to 2015

Maternal, Newborn & Child Survival

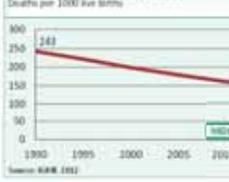
Angola

May 2013

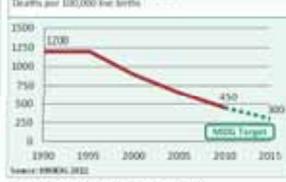
DEMOGRAPHICS

Total population (2008)	23,618	(2008)
Total under-five population (2008)	3,392	(2008)
Births (2008)	613	(2008)
Birth registration (%)	29	(2008)
Total under-five deaths (2008)	1,23	(2008)
Neonatal deaths, % of all under-5 deaths	29	(2008)
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)	4.0	(2008)
Infant mortality rate (per 1,000 live births)	36	(2008)
Stillbirth rate (per 1,000 total births)	26	(2009)
Total maternal deaths	3,003	(2008)
Lifetime risk of maternal death (1 in N)	89	(2008)
Total fertility rate (per woman)	5.3	(2011)
Adolescent birth rate (per 1,000 women)	105	(2005)

Under-five mortality rate

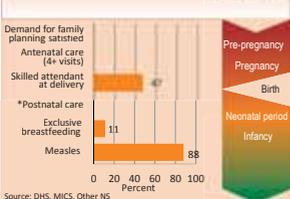


Maternal mortality ratio



MATERNAL AND NEWBORN HEALTH

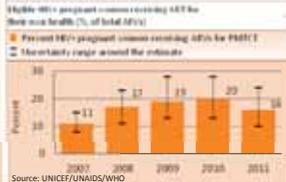
Coverage along the continuum of care



Skilled attendant at delivery

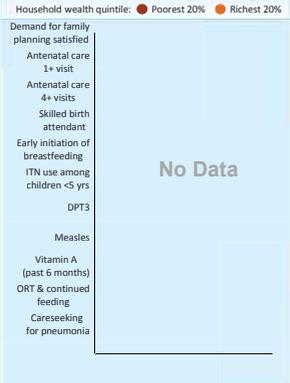


Prevention of mother-to-child transmission of HIV



EQUITY

Socioeconomic inequities in coverage



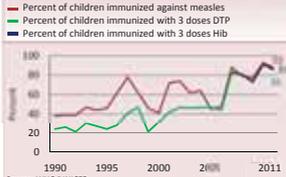
No Data

Coverage levels are shown for the poorest 20% (red circles) and the richest 20% (orange circles). The longer the line between the two groups, the greater the inequality. These estimates may differ from other charts due to differences in data sources.

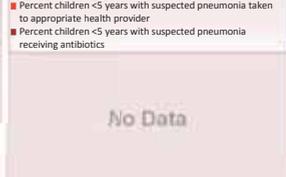
Developed by Countdown to report on core indicators identified by the UN Commission on Information and Accountability, in support of the Global Strategy for Women's and Children's Health

CHILD HEALTH

Immunization



Pneumonia treatment

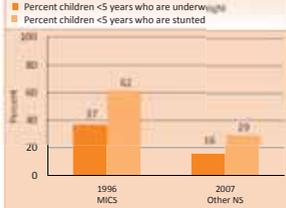


No Data

NUTRITION

Wasting prevalence (moderate and severe, %)	11	88
Low birthweight incidence (moderate and severe, %)	11	88
Early initiation of breastfeeding (within 1 hr of birth, %)	11	88
Introduction of solid, semi-solid/soft foods (%)	11	88
Vitamin A two dose coverage (%)	11	88

Underweight and stunting prevalence



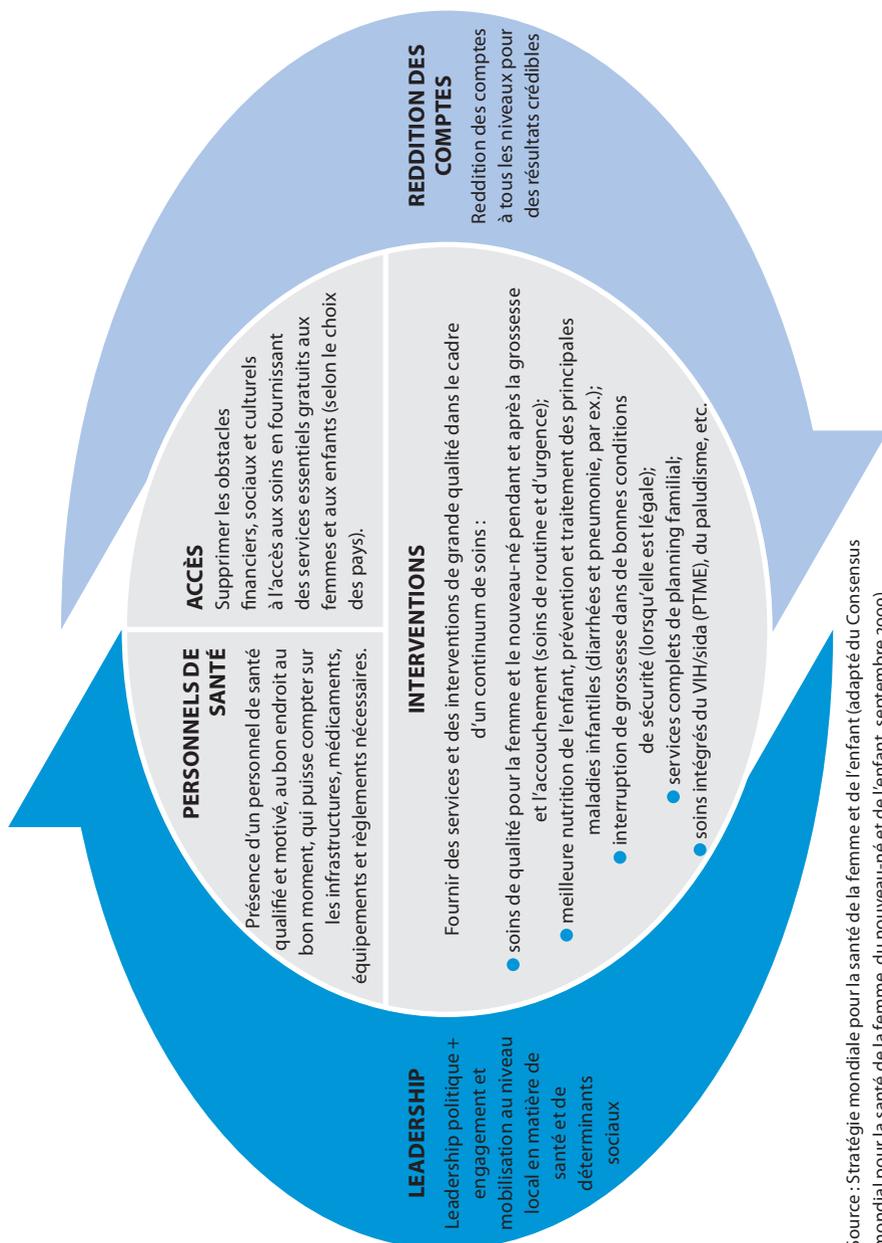
Exclusive breastfeeding



Note: Based on 2006 WHO reference population

Le rapport du Countdown et les profils de pays sont disponibles en anglais seulement.

Annexe 2 : Cadre de coordination des actions de promotion de la santé de la femme et de l'enfant



Source : Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (adapté du Consensus mondial pour la santé de la femme, du nouveau-né et de l'enfant, septembre 2009).

Annexe 3 : Bibliographie commentée

Les ressources ci-après proposent des informations plus détaillées sur les questions traitées dans le Guide.

Forum asiatique des parlementaires sur la population et le développement, 2010. *Maternal Health: An Advocacy Guide for Parliamentarians* (en anglais)

Manuel pratique donnant des exemples d'actions de parlementaires qui luttent en Asie contre les maladies et les décès maternels dans le cadre de leurs fonctions législatives, budgétaires, de supervision, de sensibilisation et de reddition de comptes. Il souligne, en particulier, l'importance de la lutte contre l'inégalité des sexes et l'inégalité en matière de santé.

Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, 2011, *Tenir les promesses, mesurer les résultats*

Ce rapport résume les principaux éléments de responsabilisation/redevabilité, recense les mécanismes utilisés dans le monde et présente des études de bonnes pratiques. Il pointe certaines lacunes des mécanismes internationaux et souligne qu'il n'y a pour le moment aucune évidence de mécanisme global de redevabilité des ONG en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les principales recommandations de la Commission sont résumées dans l'annexe 2. Elle publiera prochainement un plan d'action qui sera disponible sur le net.

Groupe d'examen indépendant d'experts (iERG), 2012. *Chaque femme, chaque enfant : de l'engagement à l'action*

Premier d'une série de quatre rapports que l'iERG s'est engagé à publier d'ici 2015 (date limite de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement), ce document résume les progrès réalisés dans le cadre de la Stratégie mondiale pour la santé de la mère et de l'enfant du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies ainsi que les recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant.

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : *Knowledge summaries* (Sommaires du savoir)

Les fiches *Knowledge summaries* publiées par le PMNCH sont courtes, bien présentées et résument l'essentiel des faits autour d'un thème. Destinées aux responsables politiques, aux juristes, aux chefs de programmes, etc., elles fournissent un résumé succinct des dernières conclusions scientifiques, donnent des conseils techniques et présentent des exemples de politiques et de pratiques de terrain. Chacune fait l'objet d'un

examen par les pairs. De nouvelles fiches sont régulièrement ajoutées sur le site web du PMNCH.

Deux d'entre elles ont été traduites en français (la liste des publications du PMNCH en français est disponible à l'adresse http://www.who.int/pmnch/media/publications/fr_otherlangdoc/fr/) :

- Sommaire du savoir n°16 : Les parlementaires
- Sommaire du savoir n°22 : Atteindre les enfants mariées

Liste des fiches disponibles en anglais :

- Knowledge summary 1: Understand the burden
- Knowledge summary 2: Enable the continuum of care
- Knowledge summary 3: Cost and fund RMNCH programmes
- Knowledge summary 4: Prioritize proven interventions
- Knowledge summary 5: Provide essential commodities
- Knowledge summary 6: Support the workforce
- Knowledge summary 7: Assure quality care
- Knowledge summary 8: Strive for universal access
- Knowledge summary 9: Address inequities
- Knowledge summary 10: Foster innovation
- Knowledge summary 11: Engage across sectors
- Knowledge summary 12: Deliver on promises
- Knowledge summary 13: Make stillbirths count
- Knowledge summary 14: Save lives: invest in midwives
- Knowledge summary 15: Non-communicable diseases
- Knowledge summary 16: Parliamentarians
- Knowledge summary 17: Civil registration and vital statistics
- Knowledge summary 18: Nutrition
- Knowledge summary 19: Food security and climate change
- Knowledge summary 20: Access to family planning
- Knowledge summary 21: Strengthen national financing

- Knowledge summary 22: Reaching child brides
- Knowledge summary 23: Human rights and accountability
- Knowledge summary 24: Economic benefits of investing in women's and children's health
- Knowledge summary 25: Integrating immunization and other services for women and children
- Knowledge summary 26: Engaging men and boys in RMNCH

PMNCH/UIP, 2010, *Montrer la voie : Les parlementaires et la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*

Cette courte brochure résume les principales possibilités d'action des parlementaires illustrées d'études de cas et d'exemples de mise en pratique.

PMNCH, 2010, *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*

Cette brochure présente les principes de base de la stratégie en s'appuyant sur l'exemple de mesures qui ont fait leurs preuves. Elle est disponible en anglais, en arabe, en chinois, en espagnol, en français et en russe.

PMNCH, 2012, *Investing in Maternal, Newborn and Child Health – The Case for Asia and the Pacific (en anglais)*

Save the Children, 2013, *State of the World's Mothers 2013. Surviving the First Day*

Ce rapport analyse les données de 186 pays et détermine ceux qui présentent le plus de risques de décès d'un bébé le jour de sa naissance. Il propose quatre solutions peu coûteuses pour sauver des vies et comprend l'indice annuel des mères qui classe 176 pays en fonction des conditions réservées aux mères.

FNUAP, *Adolescent sexual and reproductive health*

Le FNUAP propose diverses ressources sur la santé sexuelle et génésique des adolescents (certaines disponibles en français) mettant l'accent sur ce groupe vulnérable qui requiert un soutien prioritaire en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le site web comprend des fiches et des données par pays.

FNUAP, 2011, *La pratique de sage-femme dans le monde*

Cette publication brosse un panorama du rôle des sages-femmes dans la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Elle inclut un rapport complet et détaillé sur l'importance des sages-femmes, comprend des données et des statistiques détaillées par pays ainsi que de brefs exposés sur l'importance d'un investissement dans cette profession.

UNICEF, 2012, *S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée. Rapport de situation 2012*

Appel à agir en faveur de la santé des enfants, comprenant des informations exhaustives sur les causes de décès infantiles et les mesures à prendre ainsi que des données détaillées par pays.

Organisation mondiale de la santé, 2002, *25 Questions–Réponses sur la Santé et les Droits Humains*

Cette courte publication propose un résumé simple d'arguments clés en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Organisation mondiale de la santé, 2010, *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*

Bref résumé des dix principales composantes d'un programme réussi de promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Votre gouvernement s'est engagé à appliquer cette stratégie.

Organisation mondiale de la santé, 2010, *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health*

Résumé (en anglais) des principales interventions et des principaux indices (cf. fiche analytique n° 3) accompagné de conseils détaillés pour le renforcement des systèmes de santé. Cette brochure donne aussi les références des principales sources d'informations sur la mise en pratique de modules d'interventions.

Organisation mondiale de la santé et UNICEF, 2012, *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival: Building a future for women and children – the 2012 report (en anglais)*

L'initiative « Compte à rebours 2015 » est un mouvement mondial qui recense, encourage et soutient les efforts nationaux de réalisation des OMD liés à la santé. Ce rapport porte sur les niveaux de couverture et les tendances en matière d'interventions, examine le degré d'équité en fonction des différents groupes de population dans et entre les pays concernés par l'initiative « Compte à rebours », et utilise ces données pour juger des progrès accomplis par les pays et les partenaires internationaux dans le domaine de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Fiches analytiques

Les fiches ci-après proposent des messages clés qui pourront servir d'aide-mémoire aux parlementaires et au personnel des parlements, ou de support d'information dans le cadre de campagnes de sensibilisation. Les données sont référencées pour faciliter leur actualisation.

Fiche analytique n°1 : Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – Messages clés²⁵

Des progrès . . .

- La mortalité maternelle a baissé de manière spectaculaire – le nombre des décès maternels a chuté de 543 000 par an en 1990 à 287 000 en 2010.
- Chez les moins de cinq ans, le nombre des décès a été ramené de 12 millions par an en 1990 à 7,6 millions en 2010.

qui restent insuffisants . . .

- Seulement 9 des pays concernés par l'initiative « Compte à rebours » sont en passe d'atteindre le cinquième Objectif du Millénaire pour le développement.
- La probabilité de décéder des suites d'une grossesse est cent fois plus élevée pour une femme africaine que pour une femme d'un pays développé.
- Seulement 23 des pays concernés par l'initiative « Compte à rebours » sont en passe d'atteindre le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement; 13 d'entre eux ont fait peu ou pas de progrès.
- Pneumonie et diarrhée continuent à causer plus de deux millions de décès par an qui pourraient être évités par des mesures préventives et un traitement rapide.
- 40 % des décès infantiles interviennent au cours du premier mois de la vie.
- Plus de 10 % des bébés sont prématurés; ce chiffre est en hausse alors que les complications dues à une naissance prématurée sont la cause n°1 des décès néonataux et la cause n°2 des décès infantiles.

²⁵ Organisation mondiale de la santé et UNICEF, 2012, *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival: Building a future for women and children – the 2012 report.*

- La malnutrition intervient dans plus d'un tiers des décès infantiles et dans au moins un cinquième des décès maternels.
- Dans la plupart des pays de l'initiative « Compte à rebours », plus d'un tiers des enfants présentent un retard de croissance; les retards de croissance sont particulièrement fréquents chez les enfants pauvres.

Un engagement politique et un solide système national de santé sont nécessaires :

- Un engagement politique fort et d'importantes ressources financières ont permis d'accroître la couverture vaccinale de plus de 80 % en moyenne et d'enregistrer de rapides progrès en matière de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide.
- Les interventions qui requièrent un système de santé solide (assistance de personnel qualifié à la naissance, par ex.) affichent une progression plus lente et moins homogène.
- Pour réussir à augmenter la couverture des soins, il faut que les services dispensés augmentent plus vite que la population.
- Le financement intérieur de la santé est essentiel alors que 40 pays de l'initiative « Compte à rebours » consacrent encore moins de 10 % de leurs dépenses publiques à ce secteur.

L'amélioration de la santé pour tous implique une réduction des inégalités de la couverture santé :

- Les besoins sont plus criants dans les zones rurales.
- A l'échelle mondiale, les populations pauvres ont un moins bon accès aux soins de santé que les populations riches.

Il incombe à l'ensemble des parties prenantes :

- d'exiger un financement suffisant de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant;
- d'entreprendre des recherches pour mettre en évidence les interventions les plus efficaces et les stratégies novatrices d'administration des soins;
- soutenir les pays dans leurs efforts de mise en place de stratégies innovantes pour accroître l'accès rapide de tous à des soins de haute qualité.

Ensemble nous pouvons :

- exiger des comptes et agir de façon responsable;
- construire un avenir meilleur pour des millions de femmes et d'enfants.

Fiche analytique n°2 : Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Tous les Etats membres des Nations Unies ont souscrit aux objectifs des OMD en 2000.

Deux OMD concernent directement la santé des femmes et des enfants

- L'OMD 4 vise une réduction des deux tiers du taux de mortalité des moins de cinq ans entre 1990 et 2015.
- L'OMD 5 vise une réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Quatre autres OMD contribuent à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant :

- L'OMD 1 vise à éliminer l'extrême pauvreté et la faim en réduisant de moitié la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour.
Les taux de mortalité maternelle et infantile resteront élevés tant que des femmes et des enfants seront pauvres et mal nourris.

- Les OMD 2 et 3 visent à assurer l'éducation primaire pour tous d'ici 2015 et à éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaires et secondaires d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

Assurer aux filles au moins six années d'éducation entraîne une amélioration spectaculaire et systématique des taux de soins pré- et postnataux, ainsi que des taux de survie des bébés. Les filles instruites ont une meilleure image d'elles-mêmes; elles sont moins exposées aux risques d'infection par le VIH et aux actes de violence ou d'exploitation; elles ont davantage tendance à diffuser de bonnes pratiques de santé et d'hygiène dans leur famille et leurs communautés; de plus, une mère instruite envoie plus facilement ses enfants à l'école²⁶.

- L'OMD 6 vise à enrayer la propagation du VIH/sida et du paludisme et à inverser la tendance actuelle d'ici 2015.

L'arrêt des décès dus au VIH/sida et au paludisme impliquera une amélioration significative de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et contribuera à réduire les problèmes de santé et de nutrition dus au VIH ou au paludisme chez la mère et l'enfant.

²⁶ UNICEF Situation des enfants dans le monde 2004 : Améliorer la santé maternelle. http://www.unicef.org/french/sowco4/sowco4_maternal_health.html, consulté le 11 octobre 2012

Fiche analytique n°3 : Principaux modules d'interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant²⁷

A. Résumé des principaux modules d'interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – Planning familial

Le planning familial permet aux femmes de décider, avec leur partenaire, du moment d'une grossesse. Il permet de réduire de près d'un tiers (32 %) les décès maternels et de 10 % les décès néonataux et infantiles. Les préservatifs, qui constituent une option de planning familial, permettent d'éviter jusqu'à 80 % des infections par le VIH s'ils sont utilisés correctement et systématiquement.

Indicateurs

Satisfaction des besoins de contraception (proportion des femmes entre 15 et 49 ans mariées ou en couple dont les besoins de planning familial sont satisfaits, c'est-à-dire qui utilisent un moyen de contraception si elles ne veulent plus d'enfants ou souhaitent attendre au moins deux ans avant une grossesse).

Niveau d'intervention	Interventions
DOMICILE / COMMUNAUTE LOCALE	Éducation à la santé des femmes, des familles et des communautés locales : <ul style="list-style-type: none">● Sensibilisation générale de tous les membres de la communauté.● Accès à des services de santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris pour les groupes prioritaires (adolescents, par ex.).● Vigilance vis-à-vis des signes de violence sexuelle et orientation.
ETABLISSEMENT DE SOINS DE PREMIER NIVEAU	Tout ce qui précède, plus : <ul style="list-style-type: none">● Conseil sur l'éventail complet des méthodes de planning familial (PF).● Dépistage du sida et conseil en cas d'épidémie.● Préservatifs (masculins/féminins) – PF/protection contre le sida.● Repérage / prise en charge de la violence domestique et sexuelle.● Soutien et orientation des couples stériles.● Orientation vers les services ci-dessous.
ETABLISSEMENT DE REFERENCE	Tout ce qui précède, plus : <ul style="list-style-type: none">● Traitement des pathologies.● Prise en charge des choix de PF (ligature des trompes / vasectomie, etc.).● Prise en charge de l'infertilité des couples, y compris en cas de séropositivité au VIH d'un seul partenaire du couple.

27 http://portal.pmnch.org/downloads/low/Knowledge_for_Action_Annex1_lowres.pdf

B. Résumé des principaux modules d'interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – Interruption de grossesse dans de bonnes conditions de sécurité

Dans les pays où l'interruption de grossesse est légale, il est important d'assurer l'accès à des services d'avortement sûrs ainsi qu'à un traitement en cas de complications faisant suite à un avortement spontané ou pratiqué dans de mauvaises conditions. Toutes les organisations travaillant dans le secteur de la santé génésique doivent être en mesure d'identifier les risques associés à un avortement illégal et orienter les jeunes filles et les femmes vers des services pouvant assurer des soins adéquats.

L'interruption de grossesse doit s'accompagner de conseils sur les méthodes de contraception et d'un accès à un dépistage et à un traitement en cas d'autres problèmes de santé reproductive. L'existence d'un service d'avortement dans de bonnes conditions de sécurité permet d'éviter la quasi-totalité des décès (70 000) et invalidités (5 millions) qui font suite à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions.

Indicateurs

Aucun des indicateurs de base recommandés ne concerne les conditions d'interruption de grossesse. Les indicateurs pertinents portent sur le pourcentage de praticiens formés à pratiquer des interruptions de grossesse en toute sécurité, dans les limites permises par la loi, et le pourcentage d'établissements de santé qui assurent ce service dans les limites permises par la loi; sur la prise en charge des complications post-avortement; le taux d'hospitalisation par tranche d'âge, pour 1 000 femmes ayant subi un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, et sur le taux de mortalité maternelle attribuée à un avortement.

Niveau d'intervention	Interventions
DOMICILE / COMMUNAUTE LOCALE	<ul style="list-style-type: none">● Education à la santé des femmes, des familles et des communautés locales : SSR, y compris la protection lors de rapports sexuels, PF, grossesses non désirées, rapports sexuels forcés, conséquences de l'absence de protection, raisons de la légalisation de l'interruption de grossesse et conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions.● Disponibilité de services de PF, tests de grossesse et services d'interruption de grossesse dans de bonnes conditions de sécurité.● Distribution de méthodes de contraception, identification des signes de violence domestique et sexuelle et orientation.● Repérage, premiers soins et orientation rapide vers l'établissement de référence des femmes présentant des signes de complications suite à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions.

Niveau d'intervention	Interventions
ETABLISSEMENT DE SOINS DE PREMIER NIVEAU	Tout ce qui précède, plus : <ul style="list-style-type: none"> ● Conseil sur tout l'éventail des méthodes de PF. ● Evacuations utérines pendant le premier trimestre de grossesse et en cas d'avortement incomplet. ● Diagnostic et traitement des complications courantes de l'avortement (infections, saignements, lésions). ● Orientation vers l'établissement de référence pour le traitement des complications d'un avortement. ● Diagnostic et traitement des MST/VIH.
ETABLISSEMENT DE REFERENCE	Tout ce qui précède, plus : <ul style="list-style-type: none"> ● Evacuations utérines au-delà du premier trimestre de grossesse ● Prise en charge des femmes présentant des complications suite à un avortement. ● Fourniture de toutes les méthodes de contraception, y compris la ligature des trompes.

C. Résumé des principaux modules d'interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – Soins en cours de grossesse

La réalisation des objectifs du Consensus mondial en matière de grossesse permettra, par le biais d'interventions simples, de sauver la vie de près d'un million de femmes qui connaissent des complications en cours de grossesse ou d'accouchement.

Indicateurs (recommandés par la Stratégie mondiale)

- Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) (indicateur des OMD).
- Couverture des soins prénataux (pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant accouché d'un enfant vivant et ayant bénéficié d'au moins quatre visites prénatales effectuées par du personnel de santé qualifié).
- Prophylaxie antirétrovirale pour les femmes enceintes dont le test VIH est positif afin d'éviter la transmission du virus à l'enfant et traitement antirétroviral pour les femmes pouvant en bénéficier.

Niveau d'intervention	Interventions
DOMICILE / COMMUNAUTE LOCALE	<ul style="list-style-type: none"> ● Information et conseil à l'intention des femmes, de leurs partenaires et des principaux membres des familles sur les soins à pratiquer soi-même, la nutrition, la protection lors des rapports sexuels, le VIH, l'allaitement maternel, le planning familial, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Niveau d'intervention	Interventions
	<ul style="list-style-type: none"> ● Planification des naissances, conseils relatifs au travail, aux signes de danger et préparation à une urgence. ● Aide au respect des traitements préventifs, y compris pour le VIH. ● Evaluation des signes de violence domestique et orientation.
ETABLISSEMENT DE SOINS DE PREMIER NIVEAU	<p>Tout ce qui précède, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Confirmation de la grossesse. ● Suivi régulier de la femme et du fœtus, y compris l'état nutritionnel. ● Détection de problèmes compliquant la grossesse (anémie, hypertension, troubles, saignements, mauvaise présentation, grossesses multiples). ● Vaccination antitétanique, prévention et suivi de l'anémie (supplémentation en fer et en acide folique). ● Dépistage et traitement de la syphilis (chez la femme et son partenaire). ● Traitement des complications bénignes à modérées de la grossesse (anémie faible à modérée, infections des voies urinaires, infections vaginales). ● Traitement des complications plus graves (pré-éclampsie, éclampsie) avant orientation vers l'établissement de référence. ● Appui aux femmes ayant subi des actes de violence ou séropositives au VIH. <p>Le cas échéant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dépistage du VIH et conseil, PTME; conseil d'alimentation des nourrissons; traitement préventif intermittent du paludisme et promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide; traitements vermifuges; évaluation des mutilations génitales féminines; traitement des infections opportunistes bénignes à modérées; traitement des cas simples de paludisme.
ETABLISSEMENT DE REFERENCE	<p>Tout ce qui précède, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Traitement des complications graves de la grossesse (formes graves d'anémie, de pré-éclampsie, d'éclampsie, d'infection et autres complications médicales). ● Traitement des complications d'un avortement. ● Prise en charge des mauvaises présentations du bébé, des grossesses multiples. <p>Le cas échéant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Traitement des cas graves de sida; traitement des formes graves de paludisme.

D. Résumé des principaux modules d'interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – Soins pendant l'accouchement

Des soins efficaces à la naissance permettent une réduction de 95 % du risque de mortalité et de morbidité grave de la mère imputable à des complications en cours de travail, ainsi qu'une réduction de 40 % des décès néonataux par asphyxie. Les hémorragies du post-partum peuvent être réduites de 67 %.

Indicateurs (indicateurs clés recommandés par la Stratégie mondiale)

- Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) (indicateur des OMD).
- Assistance de personnel qualifié à la naissance (pourcentage des naissances vivantes ayant bénéficié d'un personnel de santé qualifié).
- Soins postnataux pour les mères et les bébés (pourcentage des mères et des bébés ayant bénéficié d'une visite postnatale dans les deux jours suivant l'accouchement).

Niveau d'intervention	Interventions
DOMICILE / COMMUNAUTE LOCALE	<ul style="list-style-type: none">● Possibilité pour la femme de se faire accompagner par la personne de son choix.● Aide à la prise en charge du reste de la famille.● Aide pour le transport.
ETABLISSEMENT DE SOINS DE PREMIER NIVEAU	<p>Tout ce qui précède, plus :</p> <ul style="list-style-type: none">● Soins pendant le travail et la délivrance (diagnostic du travail, contrôle de l'avancement du travail, du bien-être de la mère et du fœtus à l'aide d'un partographe), prévention des infections, soins d'accompagnement et soulagement de la douleur, détection des problèmes et traitement des complications.● Initiation à l'allaitement maternel.● Réanimation des nouveau-nés.● Prise en charge active de la troisième phase du travail.● Soins du post-partum immédiat.● Suivi et évaluation du bien-être de la mère, prévention et détection des complications (hypertension, infections, saignements, anémie ...).● Traitements des anomalies et complications (travail prolongé, utilisation d'une ventouse; présentation par le siège, épisiotomie).● Prise en charge avant orientation vers l'établissement de référence des complications graves (dystocies, détresse fœtale, début de travail prématuré, graves hémorragies péri et du post-partum).● Soutien de la famille en cas de décès maternel ou périnatal.● Conseil de planning familial, y compris la pose d'un stérilet.

Niveau d'intervention	Interventions
	<p>Le cas échéant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Administration de vitamine A à la mère; test de dépistage du sida et conseil; prévention de la transmission mère-enfant du VIH au moment de la délivrance; conseil et soutien pour le mode d'alimentation choisi pour le nourrisson; soins des femmes séropositives au VIH/TAR.
ETABLISSEMENT DE REFERENCE	<p>Tout ce qui précède, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Traitement des complications graves au moment de l'accouchement et immédiatement après (césariennes, transfusions sanguines, hystérectomies; déclenchement et stimulation du travail; prise en charge d'autres complications obstétricales.

E. Résumé des principaux modules d'interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – Soins du post-partum et soins au nouveau-né (modules combinés)

Les soins du post-partum recouvrent des mesures incitatives et préventives entre 24 heures et six semaines après l'accouchement, notamment l'identification et la prise en charge des complications, une aide supplémentaire à la mère en matière de planning familial, des soins et conseils relatifs au sida, si nécessaire, et une aide à l'allaitement maternel. La composante essentielle des soins au nouveau-né porte sur l'identification précoce et la prise en charge des problèmes du nouveau-né, en particulier pour les prématurés et les bébés de petit poids à la naissance. Alors que les septicémies sont une cause importante de mortalité maternelle, un traitement précoce permettrait de réduire 90 % des décès par septicémie. Les soins postnataux peuvent sauver jusqu'à deux millions de nouveau-nés chaque année.

Indicateurs

- Mortalité des moins de cinq ans, avec indication de la proportion de décès de nouveau-nés (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) (indicateur des OMG).
- Soins postnataux pour les mères et les bébés (pourcentage des mères et des bébés ayant bénéficié d'une visite postnatale dans les deux jours suivant l'accouchement).
- Allaitement exclusif pendant six mois (pourcentage des nourrissons de 0 à 5 mois exclusivement nourris au sein).

D'autres indicateurs portent sur le pourcentage de femmes qui sont renvoyées chez elles moins de 24 heures après la délivrance, reçoivent des soins du post-partum 7 jours après la délivrance, utilisent une méthode de contraception moderne six semaines après la naissance.

Niveau d'intervention	Interventions
DOMICILE / COMMUNAUTE LOCALE	<ul style="list-style-type: none"> ● Tous les soins en cours de grossesse (voir ci-dessus), notamment planning familial / espacement des naissances / utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. ● Encouragement de l'allaitement maternel exclusif. ● Méthodes d'élimination sûre / lavage des serviettes (mère) / protections thermiques (bébés). ● Encouragement au repos, soutien à l'allègement de la charge de travail. ● Repérage des signes de danger, y compris baisse de moral / dépression. ● Vigilance vis-à-vis des signes de violence domestique ou sexuelle et orientation. ● Stimulation des nouveau-nés, jeux. ● Aide aux femmes porteuses du VIH (y compris TAR). ● Notification des naissances et des décès (état civil). ● Suivi PTME pour la mère et l'enfant si nécessaire.
ETABLISSEMENT DE SOINS DE PREMIER NIVEAU	<p>Tout ce qui précède, plus :</p> <p>(soins du post-partum)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluation du bien-être de la mère, y compris nutrition maternelle. ● Prévention et détection des complications (infections, saignements, anémie . . .). ● Prévention et suivi de l'anémie (supplémentation en fer et acide folique). ● Méthodes de contraception. ● Traitement de certains problèmes (anémie faible à modérée, dépression puerpérale légère, mammite). ● Traitement de certains problèmes avant orientation vers l'établissement de référence (grave saignement du post-partum, par ex.). ● Enregistrement et notification. ● Promotion, protection et aide à l'allaitement maternel exclusif. <p>(soins néonataux)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prophylaxie des infections oculaires, vaccination, traitement présomptif de la syphilis congénitale. ● Traitement des infections locales (peau, cordon, œil, bouche). ● Dépistage, prise en charge initiale et orientation vers l'établissement de référence de tout nouveau-né présentant des signes d'affection, de lésion ou de malformation grave. ● Soins aux prématurés / bébés de petit poids à la naissance ne présentant pas de problèmes respiratoires : encouragement de l'allaitement au sein, méthode kangourou. ● Le cas échéant : traitement du sida et du paludisme.

Niveau d'intervention	Interventions
ETABLISSEMENT DE REFERENCE	<p>Tout ce qui précède, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Traitement de toutes les complications (formes graves d'anémie, de saignements, d'infections et de dépression du post-partum). ● Ligature des trompes et vasectomie / implants contraceptifs. ● Prise en charge des nouveau-nés présentant des problèmes graves (prématurés ayant des problèmes respiratoires ou incapables de s'alimenter par voie orale, formes graves d'infection, d'asphyxie à la naissance, de jaunisse, malformations . . .).

F. Résumé des principaux modules d'interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant – Soins au nourrisson et au jeune enfant

Cinq maladies et pathologies sont directement responsables de plus de 90 % des décès d'enfants de moins de cinq ans : la pneumonie, la rougeole, la diarrhée, le paludisme et un ensemble de pathologies néonatales (liées au déroulement de la grossesse ou de la naissance). L'efficacité à grande échelle des interventions ci-dessous est avérée; la plupart d'entre elles peuvent être pratiquées au niveau local ou dans un centre de santé. La santé infantile est liée à des interventions qui assurent une stimulation et une protection précoces.

Indicateurs

- Taux de mortalité des moins de cinq ans (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) (indicateur des OMD)
- Administration de trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (pourcentage des nourrissons entre 12 et 23 mois ayant reçu trois doses de DTCoq)
- Traitement antibiotique de la pneumonie (pourcentage des enfants âgés de 0 à 59 mois présumés atteints de pneumonie ayant reçu des antibiotiques).

Niveau d'intervention	Interventions
DOMICILE / COMMUNAUTE LOCALE	<ul style="list-style-type: none"> ● Promotion et encouragement de l'allaitement maternel exclusif; alimentation complémentaire adaptée; stimulation de l'enfant et jeu; lavage des mains; hygiène et évacuation adaptée des selles; repérage des signes de maladie et recours aux soins en temps utiles; soins à domicile pendant la maladie.

Niveau d'intervention	Interventions
	<ul style="list-style-type: none"> ● Fourniture et promotion de moustiquaires imprégnées d'insecticide. ● Identification et orientation vers l'établissement de référence des enfants présentant des signes de maladie grave. ● Identification et prise en charge des diarrhées, de la pneumonie et du paludisme.
ETABLISSEMENT DE SOINS DE PREMIER NIVEAU	<p>Tout ce qui précède, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vaccinations. ● Identification et orientation vers l'établissement de référence des enfants présentant des signes de maladie grave. ● Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (diarrhée, pneumonie, fièvre - paludisme et rougeole, malnutrition aiguë sévère sans complication). ● Evaluation de l'état nutritionnel et conseils d'alimentation ● Apport de micronutriments. ● Enregistrement et notification. ● Le cas échéant : test de dépistage du VIH et conseil (diagnostic précoce chez l'enfant), traitement prophylactique par le cotrimoxazole, TAR.
ETABLISSEMENT DE REFERENCE	<ul style="list-style-type: none"> ● Prise en charge des enfants présentant une maladie grave. ● Prise en charge des enfants souffrant de malnutrition avec complications.

Fiche analytique n°4 : Suivi des ressources financières – engagements internationaux²⁸

Le suivi des ressources financières fournit des informations inestimables sur la base desquelles il est plus facile d'exiger des gouvernements qu'ils rendent des comptes aux citoyens. Il permet de déterminer si les pays ont bien employé les fonds dans les domaines prioritaires conformément aux budgets des plans de santé nationaux; fournit des bases d'information pour l'établissement des politiques et permet de faire le lien entre argent dépensé et résultats obtenus. Le suivi des ressources permet également de déterminer si le soutien financier externe des partenaires du développement est conforme à leurs engagements.

La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant a été créée pour appuyer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. Elle a pour objectif de proposer un cadre qui aidera les pays à contrôler les ressources : où elles sont employées, à quoi elles servent et sur quels résultats elles débouchent.

La Commission a formulé trois recommandations à l'intention des gouvernements qui œuvrent à la promotion de la santé de la femme et de l'enfant :

Recommandation n°1 - Suivi des ressources financières consacrées à la santé, en particulier dans le domaine de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile :

- en établissant des pactes avec tous les partenaires du développement désireux de travailler dans un pays pour garantir l'élaboration de rapports, selon un modèle convenu à l'avance, sur les dépenses de santé financées par des fonds externes;
- en effectuant un suivi de deux indicateurs globaux : i) dépenses totales de santé par source de financement, par habitant et ii) dépenses totales dans le domaine de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile par source de financement, par habitant;
- en communiquant les informations disponibles à l'échelle nationale, régionale et internationale à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour qu'elle les inclut dans sa base de données relative aux dépenses de santé²⁹.

28 http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf

29 Ces informations sont disponibles sur les bases de données suivantes de l'OMS : base de données des dépenses mondiales de santé (<http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=2>); données des comptes nationaux de la santé, évolution dans le temps par pays (www.who.int/nha/country/fr/); données sur la santé spécifiques aux pays (<http://apps.who.int/ghodata/>).

La Commission précise que « Les parlements ont un rôle important à jouer pour que les gouvernements assument leur responsabilité quant à l'établissement de rapports sur leurs ressources » (Rapport de la Commission, p. 16).

Recommandation n°2 - Examen (idéalement annuel) des ressources consacrées à des dépenses de santé en général et de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile en particulier. Ces dépenses doivent être liées à :

- des engagements budgétés dans les plans de santé nationaux et par les partenaires du développement;
- des objectifs d'équité et de respect des droits de l'homme (ventilation des dépenses de santé en fonction du statut socio-économique et d'autres variables démographiques ou géographiques pour déterminer dans quelle mesure les gouvernements tiennent leurs engagements de garantie du droit à la santé (cf., plus haut, le tableau de la Section 1 : « Principaux engagements et résolutions en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant »);
- des résultats obtenus (couverture de la vaccination DTCoq, assistance à la naissance, pourcentage des enfants recevant un apport en vitamine A, etc.) mettant en évidence le bon rapport efficacité/coût des dépenses.

La Commission précise que : « Dans de nombreux pays, les parlements ont le pouvoir de mettre en œuvre ces fonctions d'examen. Les efforts visant à renforcer la capacité des pays à s'assurer que les ressources parviennent aux femmes et aux enfants doivent donc impliquer les parlements » (Rapport de la Commission, p. 19).

Recommandation n°3 - Mise en place d'ici 2015 d'un mécanisme de redevabilité permettant de superviser les dépenses. Ce type de mécanisme favorise une redevabilité accrue, la reconnaissance des succès et l'ajustement des performances.

La Commission indique que la mise en place d'une commission nationale pour la santé de la femme et de l'enfant est l'une des options permettant de renforcer les mécanismes d'examen dans les pays. Cette commission peut être présidée par le chef d'Etat ou de gouvernement et rendre compte au parlement, associer tous les ministères compétents et faire participer les acteurs non gouvernementaux. « Les plus hauts échelons du pouvoir politique, notamment les parlements, devront veiller à ce que les résultats de ces examens soient intégrés aux plans nationaux ultérieurs, tout comme les engagements budgétaires, le calendrier et les autres mesures de redevabilité » (Rapport de la Commission, p. 20).

D'autres dispositifs sont envisageables en complément de ce mécanisme : examens parlementaires, examens annuels du secteur de la santé, assises nationales de la santé, processus propres à la société civile, protocoles d'accord, codes de déontologie, etc. Il est important que le dispositif mis en place évolue d'un simple suivi vers un examen critique (incluant une étude technique de la qualité des données) et la mise en œuvre de mesures de remédiation visant à améliorer les résultats. Pour garantir une responsabilisation efficace, ces mécanismes doivent inclure des membres des sphères politique, technique, universitaire et de la société civile.