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

Résumé analytique

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

Messages de

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

1. Chaque année en Afrique subsaharienne, 1,6 millions de bébés meurent pendant le premier mois de la vie et un million en plus sont mort-nés. Récemment, plusieurs grands pays de l'Afrique ont réussi à faire reculer la mortalité infantile mais le nombre de décès pendant le premier mois de la vie – surtout lors de la première semaine- reste élevé sur l'ensemble du continent. Jusqu'à un demi-million de bébés africains meurent le jour où ils naissent. Le quatrième Objectif du Millénaire pour le Développement – concernant la survie de l'enfant en Afrique – ne saura être atteint que si l'on redouble d'attention et si l'action de santé nécessaire est prise pour épargner le *nouveau-né*.

2. 800 000 nouvelles vies peuvent être épargnées chaque année – si les interventions essentielles déjà expliquées dans les politiques sont effectivement appliquées à 90% des mères et des nouveau-nés en Afrique. Les programmes existants présentent amples occasions de renforcer ou d'intégrer les soins néonatals le long de la continuité des soins – dispensant des services tant à domicile que dans la structure sanitaire, à chaque étape de la vie – et pourtant ces occasions sont si souvent ratées.

3. En investissant pour sauver la vie du nouveau-né, nous sauvons également les mères et les enfants. Le coût est abordable – 1,39$ en plus par habitant et les deux tiers de ce montant profitent également à la santé et à la survie des mères et des enfants plus âgés.

4. Les pays pauvres vont de l'avant – bonnes nouvelles de l'Afrique ! Certains pays ont commencé à réduire la mortalité néonatale et la mortalité des moins de cinq ans. Malgré un revenu national brut par tête d'habitant inférieur à 400$, six pays – Erythrée, Malawi, Burkina Faso, Madagascar, Tanzanie et Ouganda – ont obtenu des taux de mortalité néonatale entre 24 et 32 pour 1000 naissances vivantes. Autant d'expériences qui peuvent inspirer d'autres pays à suivre l'exemple sous bien des angles : leadership, gestion au niveau district, priorité accordée aux interventions essentielles et approches pour protéger les familles pauvres de coûts de soins de santé qui ne cessent de grimper.

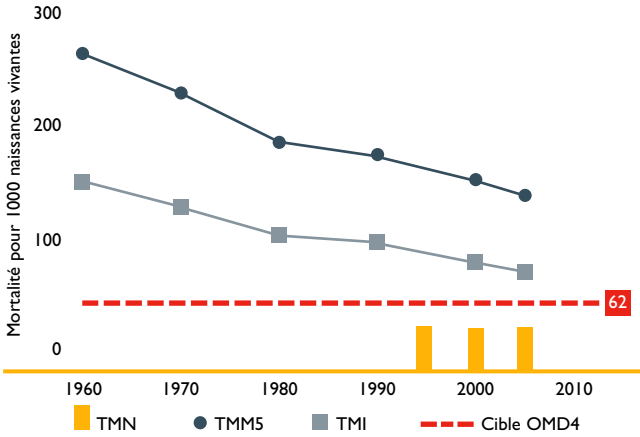
L'Afrique atteindra-t-elle l'Objectif ?

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

Agir sur la santé néonatale est un tremplin pour la santé maternelle et infantile et permet d'arriver plus rapidement à la réalisation de l'OMD 4 (survie de l'enfant), l'OMD 5 (santé maternelle) et l'OMD 6 (VIH/SIDA, tuberculose et paludisme).

La faille ne réside pas dans les politiques – les pays africains ont pris plusieurs engagements. La brèche est ouverte entre la politique et l'action, surtout celle pour atteindre les femmes et les bébés les plus pauvres et les plus vulnérables, ceux exposés au risque le plus grand.

PANNEAU 1 : Progrès en vue d'atteindre l'OMD 4 pour la survie de l'enfant en Afrique subsaharienne



- 41 sur 1000 bébés nés en Afrique mourront. Les décès infantiles ont reculé mais peu de progrès ont été faits pour les nouveau-nés
- Un enfant africain sur quatre qui meurent est un nouveau-né
- Sans réduction de décès pendant le premier mois de la vie, l'OMD 4 ne saura être atteint en Afrique

Voir le rapport pour de plus amples détails sur les données et les sources utilisées.

Résultats clés

Un destin inséparable du nouveau-né, de la mère et de l'enfant

QUI ?

Chaque année, 30 millions de femmes tombent enceintes et 18 millions accouchent à domicile, privées de soins qualifiés.

Chaque jour en Afrique :

- 700 femmes meurent de causes imputables à la grossesse.
- 3,100 nouveau-nés meurent et 2,400 en plus sont mort-nés.
- 9,600 enfants meurent après le premier mois de la vie et avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

OÙ ?

Les pays comptant le risque le plus élevé de mortalité néonatale sont le Libéria (66 pour 1000 naissances vivantes), la Côte d'Ivoire (65), le Mali (57) et la Sierra Leone (56). Trois petites îles en Afrique, Seychelles, Cap Vert et Maurice, ont des risques inférieurs à 12 décès pour 1000 naissances vivantes.

Cinq pays comptent la moitié des décès de nouveau-nés en Afrique : Nigeria, République démocratique du Congo, Ethiopie, Tanzanie et Ouganda. C'est au Nigeria que les décès de nouveau-nés sont les plus élevés : plus d'un quart d'un million chaque année. Le Nigeria se range parmi les dix pays comptant le risque de mortalité le plus élevé.

POURQUOI ?

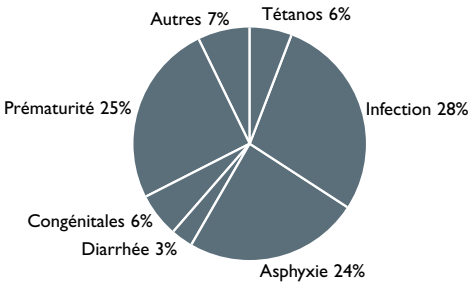
Les infections, la prématurité et l'asphyxie sont les trois grandes causes du décès néonatal. (Figure 1) En plus, 14% des bébés naissent avec un poids insuffisant. L'insuffisance pondérale à la naissance est présente dans la majorité des décès du nouveau-né et elle est corrélée à la santé maternelle, à la nutrition de la mère et aux infections telles que le paludisme et le VIH.

Les infections sont la cause principale du décès et, pourtant, c'est également la plus facile à prévenir et à traiter. La prévention du tétanos néonatal est l'une des interventions les plus efficaces par rapport aux coûts. Alors, pourquoi des dizaines de milliers de bébés africains meurent-ils encore chaque année du tétanos ?

QUAND ?

La naissance, le premier jour et la première semaine de la vie sont d'importance critique pour la survie et la santé à long terme. Ce qui devrait être un moment de joie et de célébration est bien souvent assombri par la tristesse pour la famille : Jusqu'à la moitié d'un million de bébés africains meurent le jour de leur naissance.

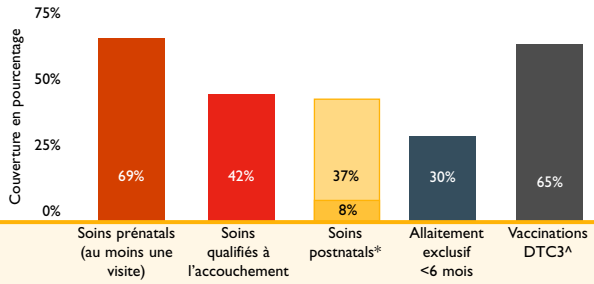
FIGURE 1 : Cause des décès de nouveau-nés en Afrique



SOLUTIONS AUX DÉCÈS DES NOUVEAU-NÉS ? QUI EN BÉNÉFICIE ?

Les deux tiers des décès de nouveau-nés pourraient être épargnés par les enveloppes existantes de soins essentiels de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) grâce à une couverture élevée et de meilleurs soins néonatals. Chaque jour, plus de 2000 vies de nouveau-nés pourraient ainsi être sauvées.

FIGURE 2 : Couverture le long de la continuité des soins



*Soins postnatals : La définition des soins postnatals selon l'Enquête démographique et de santé (EDS) suppose que tous les accouchements en milieu clinique ont reçu des soins postnatals, partie plus claire de la barre. La partie plus foncée de la barre concerne les femmes dont l'accouchement le plus récent a eu lieu en dehors d'une structure sanitaire (63% de tous les accouchements) et qui ont reçu un bilan postnatal dans les deux jours, en fonction des données de l'EDS 1998-2005.

^DTC3 concerne le pourcentage de nourrissons recevant les trois doses du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

Voir le rapport pour de plus amples détails sur les données et les sources utilisées.

C'est en assurant la continuité des soins entre la santé maternelle, néonatale et infantile tout au long du cycle de la vie et en reliant les soins entre le domicile et l'établissement de santé qu'on assurera le traitement le plus efficace. (Figure 2) Si, en Afrique, les femmes sont couvertes par du moins une consultation prénatale, la couverture baisse par ailleurs au moment de l'accouchement alors que c'est justement là que la mère et l'enfant courent le plus de risque de mourir. La moitié des femmes africaines et leurs bébés ne bénéficient pas de soins qualifiés lors de l'accouchement et un nombre moindre encore reçoivent des soins postnatals efficaces. Moment crucial également pour d'autres interventions, surtout la prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH et le démarrage de l'allaitement maternel.

En outre, les familles pauvres qui sont le plus exposées au risque sont celles qui ont le moins accès aux soins, surtout les soins hospitaliers plus complexes en cas d'urgence, par exemple pour une césarienne car bien souvent le coût d'une telle intervention représente le revenu familial de toute une année.

LE COÛT POUR SAUVER LA VIE ?

En 2004, les pays de l'Afrique subsaharienne ont dépensé, d'après les estimations, 0,58$ par habitant en frais de fonctionnement pour les interventions essentielles de SMNI. Cela coûterait 1,39$ en plus par habitant et par an pour que 90% des femmes et des bébés en Afrique subsaharienne puissent bénéficier de l'enveloppe de soins essentiels – soit un coût total supplémentaire d'un milliard de dollars par an. Les interventions destinées au nouveau-né ne reçoivent que 30% de ce total, la majorité des investissements bénéficiant donc directement aux mères et aux enfants plus âgés.

Actions pour les responsables de programmes et professionnels en Afrique

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

- ***La démarche politique participative*** identifie et engage les principales parties prenantes dont des représentants de groupements féminins et groupes communautaires. Elle crée un contexte politique favorable et confère un sens d'appartenance chez ceux concernés et facilite donc l'identification des ressources nécessaires à la mise en œuvre.
- ***Un processus systématique de gestion et de classement prioritaire*** favorise l'octroi efficace des modiques ressources. Le processus est appliqué le long des quatre étapes suivantes :

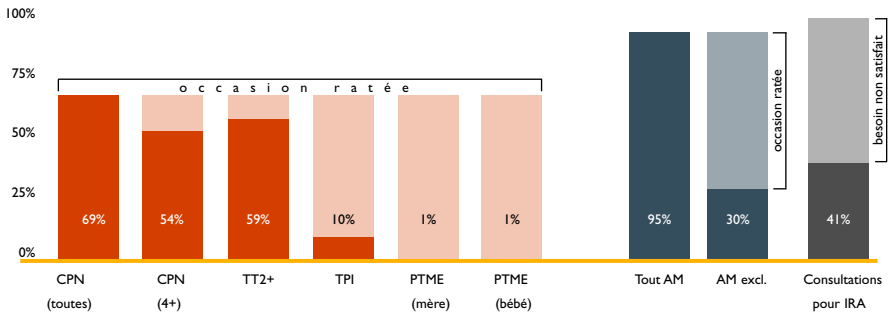
ETAPE 1 : Réaliser une analyse situationnelle de la santé du nouveau-né dans le contexte de la SMNI. Où et pourquoi les nouveau-nés meurent-ils et quelle est la couverture en soins essentiels et salvateurs ? Quelles sont les politiques existantes qui servent d'instrument pour sauver la vie des nouveau-nés ? Existe-t-il des occasions ratées ? (Panneau 2). Souvent des sages-femmes assistent à l'accouchement mais elles ne sont pas forcément formées en soins néonatals essentiels (veiller à ce que le bébé reste au chaud, soutenir la mère au niveau de l'allaitement maternel et réanimation).

Existe-t-il des lacunes importantes dans les soins de santé, telles que le manque d'une enveloppe de soins postnatals efficaces ? Existe-t-il une approche systématique pour soutenir les familles et les encourager à adopter des comportements sains à domicile tels que l'allaitement maternel, une bonne hygiène et la consultation rapide en cas de maladie ? Existe-t-il des barrières entravant l'obtention de soins – telles que des barrières culturelles, ou un manque tant au niveau du personnel essentiel que des fournitures, ou encore des barrières financières érigées par les coûts élevés de l'accouchement, surtout pour les césariennes ?

PANNEAU 2 : Occasions ratées dans les services existants de dispenser des soins prouvés et de sauver des vies

- En Afrique subsaharienne, plus des deux tiers des femmes bénéficient d'au moins consultation prénatale.
- Et pourtant peu bénéficient des quatre visites recommandées de soins prénatals recommandés.
- Seules 10% de celles vivant dans des régions où le paludisme est endémique reçoivent un traitement préventif et seule une femme pour cent qui a besoin d'une prophylaxie VIH la reçoit effectivement.
- Presque toutes les femmes allaitent mais moins d'un bébé africain sur trois bénéficient d'un allaitement exclusif pendant 6 mois, alors que ce comportement à lui seul pourrait épargner 140 000 vies par année.

Voir le rapport pour de plus amples détails sur les données et les sources utilisées.



ETAPE 2 : **Formuler, adopter et financer un plan stratégique national** ancré dans la politique nationale en progressant étape par étape pour chercher à sauver dès maintenant le plus grand nombre de nouveau-nés et à renforcer à plus longue échéance le système de soins de santé. Jusqu'à un tiers des décès de nouveau-nés peuvent être évités en adoptant des comportements familiaux sains et de bons soins à domicile : c'est possible dès maintenant même dans le contexte de systèmes de santé précaires. Le moment est venu de prendre part à la seconde révolution des soins de santé primaires en Afrique aux côtés de ces gouvernements qui donnent un nouvel élan aux soins de santé primaires ou mettent en place de nouveaux niveaux de personnel, cherchant à obtenir un maximum d'impact sur les interventions de SMNI. Nous ne saurons réussir pourtant que si nous nous inspirons du passé et si nous nous concentrons sur un ensemble de tâches bien ciblées accompagnées d'une bonne supervision, de liens assurant les transferts vers un niveau supérieur de soins ainsi que d'incitations pour le personnel. Prenons l'exemple du Ghana et de son approche de travail en équipe où une infirmière payée de soins primaires supervise des agents de santé communautaire qui dispensent des enveloppes de soins définis. Ce pays met également à l'essai une enveloppe de soins postnatals pour les mères et les nouveau-nés.

ETAPE 3 : **Mettre en œuvre les interventions et renforcer le système de santé** en prêtant une attention toute spéciale aux ressources humaines. Dans les dix années qui viennent, l'Afrique aura besoin de 180 000 sages-femmes en plus pour étendre à plus grande échelle les soins qualifiés lors de l'accouchement. Ce besoin ne pourra être satisfait que si des plans détaillés de renforcement des ressources humaines se penchent non seulement sur la formation mais aussi sur la rétention du personnel existant (voir Panneau 3 à la page 12). En enquêtant sur les causes des décès maternels et néonatals ainsi que des mortinaissances, on contribue à la qualité des soins et à la motivation du personnel. Si le personnel reste au premier rang des préoccupations, le manque de fournitures et de médicaments n'en est pas moins une cause là aussi de vies perdues. Plusieurs pays africains ont réussi à améliorer la qualité des soins obstétricaux en distribuant des trousses pré-conditionnées avec des produits et médicaments essentiels pour la santé du nouveau-né.

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

TABLEAU 1 :

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

Enveloppes le long de la continuité	**Soins des filles et des femmes avant la grossesse**	• Education donnant les mêmes chances aux filles • Promotion nutritionnelle, surtout pour les filles et les adolescentes • Prévention de la mutilation génitale de la femme • Prévention et prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) • Planification familiale
	Soins pendant la grossesse	• Soins prénatals focalisés ◦ Deux doses au moins du vaccin antitétanique (TT2+) ◦ Traitement de la syphilis/IST ◦ Traitement de la prééclampsie ◦ Traitement préventif intermittent du paludisme lors de la grossesse (TPI) et utilisation de moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII) ◦ Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH (PTME) • Préparatifs à l'accouchement et aux urgences, à domicile encourageant la demande pour des soins
	Soins à l'accouchement	• Prise en charge qualifiée à l'accouchement • Soins obstétricaux d'urgence (SOU) • Meilleurs liens entre le domicile et l'établissement de santé • Compagne choisie par la mère pour la soutenir lors de l'accouchement • Si la présence d'un prestataire qualifié n'est pas possible, adopter à domicile les bonnes mesures d'hygiène lors de l'accouchement ainsi qu les soins essentiels du nouveau-né (sécher le bébé, le garder au chaud, veiller à l'hygiène et allaitement maternel exclusif)
	Soins postnatals	• Soins postnatals routiniers pour le dépistage et transfert rapide tant en cas de maladie que pour des soins préventifs • Pour la mère : Promotion de comportements sains, reconnaissance des signes de danger et planification familiale • Pour le bébé : Promotion de comportements sains – hygiène, chaleur, allaitement maternel, reconnaissance des signes de danger et prophylaxie oculaire et vaccinations conformément aux politiques locales. • Soins supplémentaires pour les petits bébés ou bébés avec d'autres problèmes (dont la mère est atteinte de VIH/SIDA)
	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)	• Prise en charge et soins des bébés avec une insuffisance pondérale à la naissance (IPN) y compris utilisation de la méthode de la mère Kangourou. • Soins néonatals d'urgence en cas de maladie, notamment septicémie
Programmes transversaux	**Promotion nutritionnelle et de l'allaitement maternel**	• Promotion nutritionnelle surtout pour les filles et les adolescentes • Nutrition maternelle lors de la grossesse et de l'allaitement • Allaitement maternel immédiat et exclusif pour les bébés
	Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH	• Prévention du VIH et des IST et prévention de la grossesse non souhaitée • PTME par l'intermédiaire du traitement antirétroviral et de pratiques sans risques d'alimentation du nourrisson
	Lutte antipaludique	• Traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse (TIP) et moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII)
	Vaccinations	• Vaccinations antitétanique (au moins deux doses) pour les femmes enceintes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

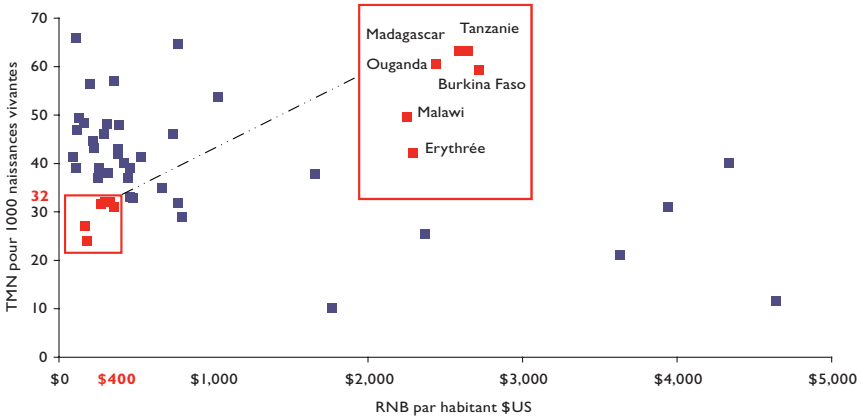
- Accélérer l'élimination du tétanos maternel et néonatal
- Utiliser la solide gestion et la vaste portée des programmes de vaccination pour renforcer les services de SMNI (mobilisation sociale, interventions connexes et suivi)

Certains pays africains à faibles revenus vont de l'avant

Si, au niveau régional en Afrique, aucun progrès mesurable n'a été fait dans le recul de la mortalité des nouveau-nés lors du premier mois de la vie, on assiste par contre à un revirement de la situation dans six pays mis en avant dans ce rapport qui enregistrent une diminution moyenne de 29% ces dix dernières années. Un ensemble de stratégies ont été mises à l'oeuvre dans ces six pays qui ont vu des diminutions allant de 20 à 47 % dans le nombre de décès de nouveau-nés.

- *Malawi :* Ferme engagement présidentiel face à la santé maternelle, néonatale et infantile et redoublement d'investissement de la part des partenaires, surtout pour accroître les ressources humaines pour la santé.
- *Tanzanie :* Recul de 30% dans la mortalité infantile et baisse de 20% du nombre de décès de nouveau-nés ces cinq dernières années. Les responsables des services de santé au niveau district ont fixé des priorités budgétaires en fonction des profils de mortalité locaux, augmentant notamment les dépenses pour les soins maternels et infantiles essentiels.
- *Ouganda :* Performance des services de santé au niveau district notée et classée chaque année. Les résultats sont publiés dans les journaux locaux.
- *Erythrée :* Progrès constants ces vingt dernières années au niveau de la réduction de la mortalité infantile et néonatale, avoisinant une baisse annuelle moyenne de 4% ces dix dernières années. La priorité est accordée à l'expansion de la couverture de services de santé publique de base surtout pour le pauvre.
- *Burkina Faso :* Exonération pour les femmes pauvres du paiement pour un coût catastrophique d'une césarienne pratiquée d'urgence qui représente plus que le revenu familiale moyen d'une année.
- *Madagascar :* Engagement par les décideurs d'améliorer les soins de santé communautaire et de répondre aux contraintes sur le plan ressources humaines pour des soins obstétricaux qualifiés et d'urgence.

FIGURE 3 : Pays africains à faibles revenus (moins de 400$ RNB par habitant) avec taux de mortalité néonatale plus faibles (moins de 32 décès pour 1 000 naissances)



Voir le rapport pour de plus amples détails sur les données et les sources utilisées.

Actions de santé pour les décideurs en Afrique

Si les possibilités ainsi que les lacunes diffèrent d'un pays à l'autre, les thèmes suivants ressortent pourtant dans tous les pays, examinés dans ce rapport, qui ont réussi à faire reculer la mortalité néonatale

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

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

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

Un engagement démontré sur les plans suivants :

- *Formulation de politiques soutenant l'obtention* de l'OMD 4 et 5 et expansion de la couverture des enveloppes/interventions essentielles de SMNI. La Carte routière menant à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et le cadre régional pour la survie de l'enfant de OMS/UNICEF/Banque mondiale sont autant de chemins pouvant être empruntés pour arriver plus rapidement à atteindre les OMD 4 et 5 dans chaque pays de l'Afrique et aider à atteindre l'OMD 6 lié au combat contre le paludisme et le VIH/SIDA. Toutefois cela ne sera possible qu'en restant centré sur des plans à long terme, en visant l'accès universel et la couverture en interventions essentielles et stratégies particulières pour atteindre le pauvre.

- *Mobilisation de ressources et investissement accru pour la santé* en se dirigeant vers un système de santé équitable. Orientation qui demande un examen attentif du financement des soins de santé pour atteindre l'objectif d'Abuja lié aux dépenses publiques pour la santé. Il faut pourtant chercher à protéger le pauvre des coûts directs et indirects des urgences obstétricales. Un certain nombre de pays africains ont supprimé récemment les paiements de l'utilisateur ou ont modifié leurs politiques pour réduire la charge du pauvre. La Zambie a aboli tous les paiements de l'utilisateur et le Burundi a adopté des exonérations de paiement pour les accouchements et les soins dispensés aux enfants de moins de cinq ans.
- *Mesure des progrès* au niveau du recul de la mortalité et couverture en interventions essentielles et utilisation des données pour étayer la prise de décisions. Cela suppose équité, responsabilisation et engagement public. Certains pays se sont donnés des approches novatrices à l'utilisation de données et responsabilité publique. Prenons l'exemple de l'Ouganda où les journaux publient une tableau classant les districts qui notent des progrès au niveau de la santé, de l'éducation et autres indicateurs clés. L'Afrique du Sud a mis en place un système d'enquête nationale confidentielle sur les décès maternels et commence maintenant à examiner les causes des décès néonatals.
- *Maximiser les ressources humaines.* Ce n'est qu'en prenant un ferme engagement face au renforcement de la capacité des ressources humaines qu'on pourra étendre à plus grande échelle les soins qualifiés lors de l'accouchement. Cela demande également qu'on utilise chaque fois que possible les agents communautaires. Le défi ne pourra être relevé qu'avec l'engagement des gouvernements, des associations professionnelles et des partenaires du développement. Notons à cet effet une réussite remarquable en Ouganda où des associations professionnelles de deux districts ont collaboré avec des collègues africains pour répondre aux besoins sur le plan des SOU en améliorant les structures sanitaires et en créant une plus grande demande de la part des communautés. Le Gouvernement du Malawi déploie également bien des efforts pour renforcer la capacité et améliorer la qualité des soins (Panneau 3).

PANNEAU 3 : Programme des ressources humaines d'urgence au Malawi

Ce n'est que depuis le début des années 90 que le Malawi compte une faculté de médecine. Le pays connaît une grave pénurie de médecins, infirmiers et agents de santé qualifiés. Cette situation s'aggrave encore du fait de l'exode de cerveaux et répercussions de l'épidémie du VIH/SIDA. D'après une enquête récente des établissements de santé, seules 10% des 617 structures sanitaires du pays répondent aux conditions nécessaires pour la prestation de services de soins essentiels en fonction de la disponibilité de services et niveaux de personnel. A l'évidence, le défi à relever pour prodiguer l'enveloppe de soins essentiels consiste à renforcer les niveaux du personnel. Un programme de ressources humaines d'urgence a été mis au point par le gouvernement et les partenaires aux fins suivantes :

- Améliorer les incitations (majorations salariales) pour le recrutement et la rétention du personnel
- Renforcer la capacité nationale en matière de formation, en faisant appel temporairement à des médecins et infirmiers internationaux
- Apporter une assistance technique internationale pour renforcer les capacités et compétences de gestion et mettre en place un système de suivi et d'évaluation des mouvements des ressources humaines

Voir le rapport pour de plus amples détails sur les données et les sources utilisées.

Actions pour les partenaires pour accélérer les progrès en Afrique

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

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

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

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

Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique est un des grands jalons sur le chemin à parcourir pour sauver quatre millions de bébés dans le monde qui meurent chaque année de maladies qui peuvent être prévenues et évitées.

Dr. Francisco Songane
Directeur, Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile

Cette publication relie les politiques à l'action. La santé du nouveau-né est un maillon crucial dans la continuité des soins – une attention systématique au renforcement et à l'expansion des soins néonatals dans les plans et programmes nationaux permettra de renforcer les services.

Professeur E. Oluwole Akande
Président, Equipe spéciale régionale de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (RMNI) OMS

A présent, il nous revient à nous, les utilisateurs de cette publication d'apporter les soins essentiels à chaque femme, bébé et enfant en Afrique. Nous avons tous un rôle à jouer.

Honorable Ambassadeur, Gertrude I. Mongella
Présidente, Parlement panafricain, Union africaine

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

Encore très récemment, les décès des nouveau-nés en Afrique ne portaient pas de chiffres. Ils n'étaient pas comptés. Le renouveau d'attention accordée aux nouveau-nés de l'Afrique – membre le plus vulnérable de la société – s'accompagne de la possibilité de renforcer l'action de santé en vue de réduire la mortalité néonatale et de renforcer les services de SMNI et de mieux les intégrer aux programmes existants. Une couverture d'interventions essentielles étendue à 90% permettrait de sauver la vie de 800 000 nouveau-nés chaque année en Afrique et sauverait également la vie et améliorerait la santé des mères et des enfants. Des solutions faisables sont à portée à main et doivent être saisies dès maintenant pour sauver la vie des mères et des enfants.

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

Appel à l'action au niveau national

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

Appel à l'action au niveau international

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

Générique photos

Page de garde : Save the Children/Brian Moody, Malawi

Page 2 : UNICEF/HQ02-0570/Giacomo Pirozzi, RDC

Page 3 : UNICEF/HQ00-0183/Giacomo Pirozzi, Mozambique

Page 5 : UNICEF/HQ04-0917/Shehzad Noorani, Soudan

Page 9 : UNICEF/HQ05-2185/Giacomo Pirozzi, RDC

Page 11 : Save the Children/Michael Bisceglie, Malawi

Page 12 : UNICEF/HQ98-0533/Giacomo Pirozzi, Sierra Leone

Page 13 : Rebecca Hearfield, Afrique du Sud

Page 14 : Save the Children/Michael Bisceglie, Mali

Page 15 (de gauche à droite) : Arzum Ciloglue/Photoshare, 2002, Malawi ; UNICEF/HQ00-0255/Giacomo Pirozzi, Mozambique ; Tammy Schroeder, 2005, Tanzanie ; Rachel Hoy/Photoshare, 2004, Cameroun ; Save the Children/Michael Biscgelie, Malawi

Verso (de gauche à droite) : Save the Children, Ethiopie ; Harvey Nelson/Photoshare, Zambie ; Save the Children/Mark Amman, Malawi ; Save the Children/Michael Bisceglie, Ethiopie ; Population Council, Inc./Melissa May, Ghana.

Sigles

CPN	Consultations prénatales
DTC	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
IRA	Infections respiratoires aiguës
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PTME	Prévention de la transmission mère-à-enfant
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
TMI	Taux de mortalité infantile
TPC	Taux de prévalence de la contraception
TMM5	Taux de mortalité des moins de cinq ans
TMN	Taux de mortalité néonatale
TPI	Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse

Le livre et le CD – Remerciements et information pour passer une commande

Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique peut être téléchargé et est également disponible, sous forme de livre et CD, gratuitement pour les personnes qui travaillent en Afrique. Le CD comprend une bibliothèque de 200 documents de programmes et de politiques. Pour toute information relative au téléchargement, à la traduction et à la commande, prière de se rendre à l'adresse suivante : www.pmnch.org.

Le livre a été mis au point par une équipe de 60 auteurs, de multiples éditeurs et neuf organisations travaillant dans le cadre du Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. L'équipe de rédaction a été soutenue par Saving Newborn Lives/Save the Children US, par un don de la Fondation Bill & Melinda Gates et par BASICS, par un don de l'USAID. Maquette du Résumé analytique par Spirals, New Jersey, USA. Le soutien financier pour la traduction et la production de cette publication a été accordé par l'USAID/Bureau Afrique par l'intermédiaire du projet Santé Afrique en 2010 de l'AED. Il convient de faire une mention spéciale de Catherine Utz, Lioy Associates pour la traduction et de Kate Kerber, Sandra Kalscheur, Genevieve Begkoyian, Lalla Touré, Fatoumata Tony, Tanja Englberger et d'autres personnes qui ont revu le Résumé analytique.

Citation recommandée : Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Données pratiques, soutien sur le plan politiques et programmes pour les soins du nouveau-né en Afrique. Joy Lawn et Kate Kerber, eds. PMNCH, Cape Town, 2006.

ISBN-13 : 978-0-620-37695-2. ISBN-10 : 0-620-37695-3.