



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



47^e CONSEIL DIRECTEUR 58^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, 25-29 septembre 2006

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CD47/12 (Fr.)

12 août 2006

ORIGINAL : ANGLAIS

LA SANTÉ NÉONATALE DANS LE CONTEXTE DE LA SANTÉ MATERNELLE, INFANTILE ET JUVÉNILE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉCLARATION DES NATIONS UNIES POUR LE MILLÉNAIRE

La Région des Amériques a réalisé de nets progrès concernant la réduction de la mortalité infantile et juvénile. Et pourtant, malgré ces gains, dans de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes (LAC), le taux élevé de mortalité néonatale ne s'est pas amélioré comme on l'avait prévu. Plusieurs pays connaissent un net recul de la mortalité infantile, mais sans que cela s'accompagne d'une réduction de même grandeur de la mortalité néonatale. Par exemple, le taux de mortalité infantile en Bolivie a diminué de 29% entre 1989 et 1998, alors que la réduction de la mortalité néonatale ne s'élevait qu'à 7% sur la même période. La Région de l'Amérique latine et des Caraïbes connaît une très grande inégalité entre les pays et au sein des pays. Les populations urbaines et rurales plus pauvres, ainsi que les peuples autochtones et les communautés de descendance africaine ont des taux d'alphabétisation plus faibles, un accès plus limité à l'infrastructure de base et aux services de santé.

Le présent document fait l'analyse de la situation concernant la santé néonatale et décrit une nouvelle approche pour promouvoir la santé néonatale dans le cadre de la continuité des soins de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Il est d'importance critique de placer la santé néonatale à un rang prioritaire du programme de santé en insistant sur des politiques et programmes efficaces; des interventions informées de soins néonataux dans les services de santé et les communautés du système de santé et en renforçant la surveillance ciblant les pauvres et les populations marginalisées. Une plus grande priorité doit être accordée à la santé néonatale si la Région veut atteindre le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement : La mortalité néonatale ne doit plus passer inaperçue.

Le Conseil directeur est prié d'envisager la résolution annexe proposée par le Comité exécutif.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Situation actuelle.....	3
Contexte mondial, missions et initiatives	3
Contexte régional et priorités.....	4
Questions liées aux soins néonataux	5
Causes du décès néonatal.....	6
Continuité des soins	6
Leçons retenues.....	7
Systèmes de santé et prestation de soins au nouveau-né	7
Approches de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance	9
Vaccinations.....	9
Facteurs maternels dans la santé néonatale.....	10
Micronutriments.....	10
Allaitement maternel.....	10
Transmission mère-à-enfant du VIH	11
Défis et mesures proposées.....	12
Mortalité néonatale qui passe inaperçue : réponses, sur le plan des politiques et programmes, pour une priorité urgente	12
Systèmes de santé et accès universel aux soins	13
Un cadre programmatique pour les soins universels : continuité des soins	14
Mise en place/renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation.....	15
Partenariats.....	16
Principaux domaines de délibération	16
Mesures à prendre par le Conseil directeur	19
 Annexe	

Introduction

1. La Région des Amériques a fait un grand pas en avant en ce qui concerne la réduction de la mortalité infantile et juvénile. Et pourtant, malgré ces gains, dans un grand nombre de pays de l'Amérique latine et des Caraïbes (LAC), le taux élevé de mortalité maternelle ne s'est pas amélioré comme prévu. Plusieurs pays connaissent un net recul de la mortalité infantile, mais sans que cela s'accompagne d'une réduction de même grandeur de la mortalité néonatale. Par exemple, le taux de mortalité infantile en Bolivie a diminué de 29% entre 1989 et 1998, alors que la réduction de la mortalité néonatale ne s'élevait qu'à 7% sur la même période. La Région de l'Amérique latine et des Caraïbes connaît une très grande inégalité entre les pays et au sein des pays. Les populations urbaines et rurales plus pauvres, ainsi que les peuples autochtones et les populations de descendance africaine ont des taux d'alphabétisation plus faibles, un accès plus limité à l'infrastructure de base et une couverture insuffisante des services essentiels de santé maternelle, néonatale et infantile. Par exemple, au Guatemala, le taux national de mortalité néonatale est de 23 pour 1 000 naissances vivantes, mais dans une communauté autochtone d'El Quiche, le taux est de 39 - pratiquement 60 % plus élevé (statistiques du Ministère de la Santé, Jefatura de Area Ixil, 2003). De plus, un grand nombre de pays rencontrent des problèmes pour répondre adéquatement aux besoins des femmes enceintes et des enfants dans les régions frontalières.

2. Ce document est un appel à l'action en vue de promouvoir la santé néonatale dans le cadre de l'approche continuité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), allant de la grossesse à l'accouchement et à l'enfance. Il est d'importance critique d'accorder un rang prioritaire à la santé néonatale dans le programme de santé en insistant sur des politiques et programmes efficaces ; des interventions informées de soins néonataux dans les services de santé et les communautés du système de santé et en renforçant la surveillance ciblant les pauvres et les populations marginalisées. Une plus grande priorité doit être accordée à la santé néonatale si la Région veut atteindre le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement : La mortalité néonatale ne doit plus passer inaperçue.

Situation actuelle

Contexte mondial, missions et initiatives

3. Depuis le Sommet du Millénaire des Nations Unies en 2000, la communauté internationale a renforcé son engagement face aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ainsi qu'à d'autres objectifs internationaux visant à améliorer la santé de la reproduction, surtout ceux provenant de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994 et son suivi cinq ans après (CIPD + 5),

élevant cet engagement à des niveaux sans précédent, en soutenant des initiatives internationales, nationales et locales visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles. Le quatrième objectif (OMD-4) vise à réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans, de 1990 à 2015. Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2005 – *Donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant* – a été lancé en avril 2005 lors de la Journée mondiale de Santé à New Delhi, en Inde. Le rapport recommande une nouvelle approche pour sauver la vie des mères, des nouveau-nés et des enfants. *Donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant* est une étude à grande portée des obstacles sur le plan santé auxquels se heurtent les femmes avant et pendant la grossesse, pendant l'accouchement et dans les semaines, mois et années qui suivent, tant pour elles que leurs enfants. Il met en avant les problèmes affligeant des nouveau-nés dont les besoins ont été ignorés car ils n'entraient ni les programmes de santé maternelle ni dans les programmes de soins infantiles. Suivant la Journée mondiale de la Santé, un forum mondial a été réuni par le Partenariat mondial de la Santé maternelle, néonatale et infantile. Le forum a permis de réunir des représentants clés de la santé, des organisations internationales, des partenaires du développement et des groupes de la société civile. Se donnant un fondement d'action décisive, les participants ont affirmé leur engagement à la santé maternelle, néonatale et infantile, aux termes de la Déclaration de Delhi.

4. Le 12 septembre 2005, le nouveau Partenariat mondial de la Santé maternelle, néonatale et infantile (PMNCH) a été lancé officiellement. C'est un tournant marquant la priorité croissante accordée à la santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants. L'objectif du PMNCH consiste à harmoniser et à intensifier les actions prises aux niveaux national, régional et mondial soutenant le quatrième et cinquième OMD afin de sauver la vie de millions de femmes et d'enfants en élargissant leur accès à des interventions efficaces par rapport aux coûts et qui ont fait leurs preuves. Aucun pays ou organisme à lui seul ne saurait relever un défi de telle taille.

Contexte régional et priorités

5. Actuellement, la mortalité néonatale représente 60% des décès infantiles dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes, dont la majorité sont évitables (Tableau 1.) Les tendances dans la réduction de mortalité néonatale mettent à jour de lents progrès. Les inégalités subsistent dans l'accès aux soins de santé, notamment les soins primaires. Une mauvaise santé maternelle augmente le risque de décès néonatal. Une évaluation est en cours des politiques de santé néonatale dans la Région. Le risque de mortalité d'une mère en Amérique latine et aux Caraïbes est de 1 pour 130. En revanche, dans les pays plus développés tels que le Canada, ce risque est de 1 pour 7 750 (OPS 2003). Dans les pays en développement, le décès d'une mère lors de l'accouchement peut entraîner le décès ultérieur de l'enfant.

6. Ces dernières années, l'OPS/OMS ont mis en place des stratégies essentielles, ont réalisé des initiatives et ont approuvé plusieurs résolutions, par le biais des Organes Directeurs respectifs, dont : WHA58.31 Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (2005) ; Résolution CD45.R3 Objectifs de Développement pour le Millénaire et cibles sanitaires (2004) ; Résolution CSP26.R14 Création d'un fonds de contribution volontaire pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques (2002). Plusieurs autres engagements mondiaux concernent directement les questions soulevées dans ce document, notamment la Déclaration de la Session spéciale de l'Assemblée générale sur l'engagement mondial à l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH (Sommet G8, 2005) et l'Appel à l'Action du Forum des partenaires mondiaux pour une génération exempte de VIH et SIDA (Abuja, Nigeria).

Questions liées aux soins néonataux

7. Chaque année, presque 12 000 000 de bébés naissent dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes et, chaque année, 400 000 d'entre eux meurent avant l'âge de 5 ans, 270 000 avant l'âge d'un an et 180 000 d'entre eux meurent pendant la première année de la vie (OPS, 2004).

8. La mortinatalité est définie comme le décès pendant les 28 premiers jours de la vie. En Amérique latine et aux Caraïbes, elle est estimée à 15 pour 1 000 naissances vivantes. D'après les estimations, le taux de mortinatalité dans la Région est pratiquement analogue au taux de mortalité néonatale (TMN). La mortalité néonatale représente 60% des décès infantiles et 36% de la mortalité des moins de 5 ans. La majorité de ces décès pourraient être évités. C'est en Haïti, en Bolivie et au Guatemala que les taux de mortalité sont les plus élevés, étant 5 à 6 fois plus élevés que dans les pays avec les taux de mortalité les plus faibles, tels que le Chili, le Costa Rica, Cuba et l'Uruguay. (OPS/AIS, 2005).

9. Les facteurs qui sont en cause dans cette mortalité néonatale élevée sont les suivants : le *peu de visibilité* entourant les décès néonataux et la santé néonatale dans les priorités nationales ; les *inégalités dans l'accès* à des prestataires qualifiés et aux soins de santé primaires ; et une *mauvaise santé maternelle* continue qui augmente nettement le risque de décès néonatal. De plus, les interventions qui ciblent directement les bébés sont soit inadéquates, soit absentes.

Causes du décès néonatal

10. La Figure 2 présente les principales causes du décès néonatal dans la Région de l'Amérique et des Caraïbes : infections (32%), asphyxie (29%), naissance prématurée (24%), malformations congénitales (10%) et autres (7%) (OPS, 2004).

11. Si certaines sont des causes directes, d'autres, comme dans la plupart des cas de naissance prématurée/insuffisance pondérale à la naissance, représentent des facteurs prédisposant à ce risque. D'après l'OPS, environ 8,7% des nouveau-nés dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes naissent avec un poids insuffisant (moins de 2 500 grammes à la naissance). (OPS/AIS-2005). L'insuffisance pondérale à la naissance est étroitement corrélée à une morbidité néonatale accrue et, d'après les estimations, 40% à 80% des nourrissons qui meurent pendant la période néonatale avaient un poids insuffisant à la naissance (OPS/AIS 2005).

12. Parmi d'autres causes indirectes, notons les facteurs socioéconomiques tels que la pauvreté, le manque d'éducation, surtout l'éducation maternelle, le manque d'autonomisation, le manque d'accès et des pratiques traditionnelles constituant des obstacles. Les populations rurales et urbaines, d'autres communautés marginalisées et des populations autochtones et de descendance africaine connaissent une mortalité néonatale élevée de manière disproportionnée.

13. Les faits montrent que la première semaine de la vie est la plus vulnérable du point de vue risque de mortalité néonatale et que les premières 24 heures de la vie sont les déterminants de l'avenir de l'enfant. Dans les pays où le TMI n'est pas extrêmement élevé, environ les deux tiers des décès infantiles surviennent pendant le premier mois de la vie.

Continuité des soins

14. A l'échelle mondiale, la continuité des soins a été adoptée par l'OMS et le Partenariat pour la Santé maternelle, néonatale et infantile comme une stratégie essentielle pour la survie et le bien-être des mères et des nouveau-nés. Le nouveau-né ne peut pas être vu séparément de la mère et la survie du nouveau-né dépend de l'accoucheur qualifié qui s'occupe tant de la mère que de l'enfant pendant les heures critiques qui suivent la naissance. L'approche OMS à la continuité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile s'étend du prépartum, à l'accouchement, au post-partum et à l'enfance. L'approche recommande une plus grande utilisation des principales interventions bien connues et efficaces par rapport aux coûts pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Un investissement ciblé est nécessaire pour renforcer les systèmes de santé en accordant une grande importance à la formation et au

déploiement des professionnels de la santé, dont les médecins, les sages-femmes et les infirmiers.

Leçons retenues

Systèmes de santé et prestation de soins au nouveau-né

Réformes des systèmes de santé

15. Un grand nombre des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes mettent en œuvre une réforme du système de santé pour augmenter l'accès et l'utilisation des soins de santé. Bien des pays ont noté que les paiements demandés à l'utilisateur des services de santé représentent un des obstacles entravant l'accès à des services fondamentaux de santé maternelle et néonatale. C'est un grave problème, surtout pour les pauvres et les populations les plus vulnérables. Il existe d'autres barrières encore qu'il faudra lever concernant le manque de modèles de soins pertinents dans les cultures données.

16. Certains pays de la Région sont en train de mettre en œuvre des réformes réussies ciblant l'accès à des services de santé maternelle et infantile de qualité afin de supprimer les obstacles financiers, culturels et structurels et de garantir la santé de la femme et de l'enfant. Ces réformes sont axées sur la continuité des soins pour la santé des femmes et des enfants (Brésil), les initiatives d'assurance maladie pour la santé maternelle et infantile (Bolivie) et les programmes de services gratuits de maternité (Equateur). Dans d'autres pays, les soins obstétricaux essentiels regroupent les soins néonataux essentiels au vu du lien étroit qui rapproche la santé maternelle et néonatale (Bolivie, Honduras, Nicaragua et Paraguay). Divers besoins sont pris en compte : personnel qualifié, fournitures, soutien communautaire et mécanismes d'orientation-recours.

17. La Bolivie, le Salvador, le Paraguay et le Pérou, entre autres, ont mis en place des Systèmes de Surveillance de la Mortalité maternelle et ont créé des comités d'analyse de la mortalité maternelle aux niveaux national et départemental. La Bolivie et le Paraguay ont déjà intégré la mortalité néonatale dans ces systèmes, bien que les mesures de mise en œuvre n'aient pas encore été prises. Un examen des expériences communautaires dans la Région a été fait décrivant cinq études de cas sur la réduction de presque 50% de la mortalité périnatale. [Haes et al, 2004]. Les organisations bénévoles privées (OBP) et les organisations non gouvernementales (ONG) ont joué un rôle important pour atteindre les communautés périphériques reculées et peu desservies à l'aide d'interventions à faibles coûts qui ont fait leurs preuves pour réduire la mortalité néonatale au niveau communautaire. Ces organisations sont des relais utiles entre les communautés, d'autres intervenants des soins de santé et le gouvernement. Elles fonctionnent comme des maillons essentiels de la chaîne du système de santé.

18. En ce qui concerne les ressources humaines pour des soins qualifiés lors de l'accouchement, certains pays dont le Brésil, le Chili, l'Équateur, le Paraguay et le Pérou comptent un programme universitaire de cinq ans pour la formation des sages-femmes et tous les pays dispensent une formation en soins infirmiers. Ces programmes en soins obstétricaux comportent une formation en soins maternels et néonataux dans les établissements de santé et certains s'inspirent de la « *continuité des soins*, » approche holistique et intégrée à la maternité et à l'accouchement sans risques.

19. Par ailleurs, on n'insiste pas suffisamment sur l'importance des compétences pour les soins du bébé et rares sont les programmes qui traitent des interventions communautaires. Et pourtant, on sait que la disponibilité et les soins par des sages-femmes et infirmiers comptant des compétences liées aux soins du nouveau-né sont un facteur d'importance critique pour réduire la mortalité néonatale.

Accès aux soins qualifiés lors de l'accouchement

20. En moyenne, 79% des accouchements dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes ont lieu dans un établissement de santé, bien qu'il existe d'importantes variations entre les pays. Dans les zones rurales, l'accès est souvent limité aux fournitures, à l'équipement et aux services de recours-orientation. De plus, ce sont des aides-infirmiers qui ne disposent pas des compétences obstétricales nécessaires qui apportent une assistance à une proportion importante des naissances dans les zones rurales. De plus, même « les accoucheurs qualifiés » n'ont pas toujours la compétence nécessaire pour prendre en charge les problèmes, tant de la mère que du bébé. Dans les pays où les bébés naissent surtout à domicile, les taux de mortalité néonatale sont les plus élevés. La proportion la plus élevée d'accouchements à domicile, telle qu'indiquée par les enquêtes démographiques et de santé est notée en Haïti (77 %), au Guatemala (60 %), au Honduras (44 %), en Bolivie (40 %) et au Nicaragua (33 %). Ces naissances surviennent souvent avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle et, dans certaines communautés, uniquement avec l'aide d'un membre de la famille.

21. Les mères et leurs bébés quittent souvent les hôpitaux et les centres de santé dans les six heures qui suivent l'accouchement, lorsque le risque d'une complication très grave est encore très élevé. Les normes et protocoles n'existent généralement pas pour les soins des bébés à risques élevés, par exemple, les bébés prématurés et ceux d'un poids insuffisant à la naissance ou encore les bébés qui sont en réanimation. Dans certains pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, les pratiques culturelles concernant l'accouchement et les périodes du post-partum demandent parfois que les mères et les bébés soient confinés à la maison pour des périodes allant jusqu'à six semaines. Le manque d'autonomie de la femme, le manque de connaissance des besoins maternels et néonataux,

les difficultés de transport et la mauvaise qualité des soins dans certains établissements constituent des barrières supplémentaires à l'utilisation des services de santé.

Approches de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

22. La stratégie de la version générique de la Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), adaptée au contexte local et au profil épidémiologique, concerne les enfants entre une semaine et cinq ans au niveau de l'établissement de santé. Les soins intégrés consistent à améliorer les compétences du personnel soignant en matière de diagnostic rapide, soins préventifs et curatifs ainsi que promotion des connaissances et comportements sains liés aux soins de l'enfant. Développé plus récemment, le volet néonatal, dont la première semaine de la vie, est reconnu comme d'importance cruciale pour la réduction de la mortalité infantile. L'algorithme des soins et traitements encourage l'acquisition de compétences prouvées aux niveaux de l'établissement de santé et de la communauté. Depuis 2003, la stratégie a été adoptée à divers degrés en Bolivie, en Colombie, en République dominicaine, en Equateur, au Salvador, au Guatemala, en Haïti, au Honduras, au Nicaragua, au Panama, au Paraguay et au Pérou. Dans certains cas, elle est renforcée par la formation des agents de santé au niveau de l'hôpital pour la réanimation néonatale, en collaboration avec l'Académie de Pédiatrie américaine, des organisations non gouvernementales et des institutions à but non lucratif.

23. Cette méthode a été diffusée avec l'aide de l'OPS, en collaboration avec des ministères de la santé, des organismes professionnels de pédiatres, de périnatologistes et de néonatalogistes et des organisations communautaires. Le volet communautaire de la PCIME a été développé en 2002 puis essayé en République dominicaine et au Pérou. Il a été adapté par la suite en fonction de l'enseignement retiré. Il a ensuite été diffusé en Bolivie et au Paraguay avec l'aide de l'OPS, de l'UNICEF et d'ONG telles que SNL/Save the Children. De plus, le programme médical a été modifié dans certains pays comme la Bolivie, le Guatemala et le Honduras et comprend à présent la santé néonatale. Au fur et à mesure qu'une plus grande expérience est recueillie en ce qui concerne la mise en œuvre de la PCIME néonatale, les leçons retenues enrichiront la formulation des politiques et programmes dans ces pays.

Vaccinations

24. Les vaccinations ont permis de réduire très nettement la mortalité néonatale et infantile dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes. Depuis 1990, la mortalité imputable à la rougeole, au tétanos néonatal et à la méningite bactérienne causée par *Haemophilus influenzae* a été réduite de plus de 95% par rapport aux chiffres de 1990 et la mortalité causée par la coqueluche a baissé de plus de 80%. De plus, les vaccinations

ont également permis de faire reculer le tétanos du post-partum et la vaccination contre la rubéole a permis de diminuer la prévalence du syndrome de rubéole congénitale.

Facteurs maternels dans la santé néonatale

25. Les facteurs maternels qui se répercutent sur la santé néonatale sont ceux liés à la malnutrition maternelle, à l'anémie maternelle et à l'âge de la mère (moins de 18 ans ou plus de 35 ans), à une parité de plus de cinq, à un bref intervalle génésique (moins de trois ans entre les grossesses) et à des complications pendant l'accouchement (travail prolongé/dystocique ou « naissance par le siège » avec un seul fœtus). Au titre des autres facteurs, on note les infections maternelles, telles que les infections sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA ; d'autres infections telles que l'infection des voies urinaires et le paludisme, ainsi que la malnutrition chez les filles et les femmes, même avant la grossesse. La drépanocytose est un trouble génétique constaté chez 5% de la population, surtout parmi les groupes d'origine africaine et peut être évité en réalisant des programmes de dépistage et de conseils génétiques pour les femmes.

26. Tel que noté ci-dessus, l'accès à des soins qualifiés lors de l'accouchement est limité dans un grand nombre des régions qui connaissent la mortalité et morbidité MN la plus élevée. Un grand nombre de pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ne comptent pas de programmes pour la formation des sages-femmes ou infirmières/sages-femmes professionnelles.

Micronutriments

27. Les carences en micronutriments sont chose courante chez les femmes en âge de procréer. Un grand nombre de femmes tombent enceintes avec des réserves insuffisantes en micronutriments et d'autres signes de carence qui peuvent avoir de graves conséquences pour leur santé ainsi que pour celle de leur enfant. Selon l'OMS, 43% de toutes les femmes non enceintes âgées de 15 à 49 ans qui vivent dans des pays en développement souffrent d'anémie pendant la grossesse. L'anémie est un facteur-risque reconnu de mortalité maternelle si elle est liée à une hémorragie de l'antépartum ou du post-partum, la périnatalité et l'insuffisance pondérale à la naissance. L'avitaminose A et la carence en zinc peuvent également contribuer à la septicémie périnatale puisqu'elles affaiblissent la réponse physiologique aux infections. La carence en acide folique avant la conception est liée à des troubles du tube médullaire et, pendant la grossesse, pourrait être une cause d'accouchement prématuré.

Allaitement maternel

28. L'allaitement maternel joue un rôle essentiel dans la santé du nourrisson et de l'enfant, surtout l'allaitement exclusif immédiat. Si 90% des mères dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes allaitent leurs nourrissons, 35% seulement pourtant l'allaitent *exclusivement* pendant six mois (OMS, Programmes : Nutrition et Sécurité alimentaire, 2004). L'alimentation préallaitement et l'introduction précoce d'autres liquides ou encore la non-utilisation du colostrum relèvent d'une pratique courante qui est néfaste dans la Région. Certaines interventions se sont avérées utiles à cet effet—garder la mère et le bébé ensemble après la naissance et le contact peau à peau pendant la première heure, ainsi que le système de suivi de l'allaitement (MADLAC) en Equateur et au Salvador—non seulement pour suivre les pratiques en matière d'allaitement dans les établissements de santé mais également pour améliorer la pratique de l'allaitement *par l'intermédiaire de l'examen de données et de mesures correctives*. Au Salvador, le Ministère de la Santé, avec le soutien de BASICS, a étendu l'intervention à MADLAC PLUS afin d'introduire d'autres volets des soins néonataux essentiels (BASICS 2004, Perez Escamilla 2003).

Transmission mère-à-enfant du VIH

29. Depuis le début des années 90, l'épidémie du VIH pèse lourdement sur la survie infantile en Amérique latine et aux Caraïbes suite essentiellement à la transmission mère-à-enfant (TMAE). Au Brésil, d'après les estimations, 13 500 femmes enceintes étaient infectées par le VIH en 2002. De plus, de 2000 à 2003, on note un accroissement de 24% dans l'incidence annuelle du SIDA chez les enfants de moins de 13 ans découlant de la transmission du VIH mère-à-enfant (*Boletim Epidemiologico AIDST, Juho 2004*). Dans les Caraïbes, l'OPS/CAREC a estimé que 2 500 à 4 000 enfants sont nés infectés par le VIH pour la seule année 2002.

30. La prévention de la transmission mère-à-enfant (PTMAE) est une intervention efficace par rapport aux coûts pour enrayer la propagation du VIH. Des soins prénatals ciblés et de bonne qualité sont un point d'entrée pour les soins et le traitement du VIH. Si elle est intégrée aux soins prénatals, la PTMAE peut prévenir au moins 50% de l'infection par le VIH chez les enfants et aidera à dépister à temps les femmes pour les orienter vers les services où elles peuvent recevoir un traitement antirétroviral (TAR). À l'heure actuelle, plusieurs pays en Amérique latine et aux Caraïbes fournissent des services de PTMAE dans tous les services prénatals. Par contre, il existe de nettes variations dans la couverture dans la PTMAE et le niveau d'intégration aux soins de santé primaires entre les divers pays. Sur 21 pays notifiant, 60% sont en dessous de la couverture. (OPS/OMS, Rapport pour les Amériques 3 fois 5, 2006).

31. La Région connaît des réussites notables. Par exemple, aux Bahamas où l'incidence du VIH chez les enfants de moins de 1 an a baissé, passant de 3 cas pour 1 000 naissances en 1994 à 0 cas pour 1 000 naissances vivantes en 2002 (OPS/CAREC-Statut et tendances du VIH, 2004). De plus, ces dernières années, plusieurs États Membres ont réussi à enrayer la propagation du VIH chez les enfants (Plan régional VIH/IST, OPS 2005) et ont mis en place des interventions sûres de santé publique susceptibles d'aider à éliminer le VIH dans les Amériques d'ici 2015.

Défis et mesures proposées

32. S'inspirant de l'enseignement retenu, la nouvelle orientation régionale qui est proposée repose sur des interventions sectorielles informées pour : créer un contexte favorable à la formulation de politiques publiques efficaces à tous les niveaux en utilisant l'approche 'continuité des soins' SMNI en insistant sur les occasions manquées pour les nouveau-nés et en accordant une grande importance à la communauté ; forgeant des liens entre les programmes ; en améliorant la capacité de réponse et la qualité des services de santé grâce au renforcement des soins de santé primaires et aux niveaux d'orientation-recours ; en dispensant des soins de santé efficaces, intégrés et adaptés à la culture ; en recyclant et en renforçant les compétences du personnel soignant ; en encourageant des interventions responsabilisant les personnes, familles et communautés ; et en mettant en place un système de surveillance et de suivi/évaluation pour évaluer les progrès.

Eléments clés :

Mortalité néonatale passant inaperçue – Réponse, sur le plan des politiques et programmes, pour une priorité urgente

33. Une réponse efficace, sur le plan des politiques et programmes, à la faible visibilité de mortalité néonatale et de santé néonatale dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes relève d'une priorité urgente. Un engagement politique sans précédent s'avère nécessaire à ce propos, surtout dans les pays prioritaires où la mortalité néonatale est extrêmement élevée. Des protocoles et normes reposant sur des données probantes sont nécessaires ainsi que des ressources techniques et financières pour faciliter et soutenir les diverses activités. Il faudra adopter des modèles de soins acceptés pour préparer le personnel aux questions interculturelles et au travail dans des contextes où la vie du nouveau-né n'a que peu de valeur. Aussi, s'avère-t-il capital de traiter des besoins particuliers du bébé dans les politiques, stratégies et interventions nationales, départementales et communautaires, bien que l'on sache que les soins de la mère pendant la grossesse et l'accouchement amélioreront la santé néonatale, si on veut atteindre les résultats proposés dans le numéro 4 des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Renforcement des systèmes de santé vers l'accès universel aux soins

34. Les interventions informées pour améliorer la santé néonatale sont bien connues et pourtant, la mise en œuvre est entravée par des systèmes de santé précaires et des contextes difficiles dans l'optique éducation et habilitation des femmes.

35. Le renforcement des systèmes de santé est une priorité régionale demandant que soit améliorée la législation régissant les services de santé. Divers moyens permettront de renforcer le système : enregistrement obligatoire des nouveau-nés et notification des mort-nés et décès néonataux ; politique formulée en fonction de données probantes dans les contextes prioritaires ; financement fiable pour les interventions essentielles par le biais d'octrois budgétaires prévisibles, adéquation du développement des ressources humaines, efficacité de la chaîne d'approvisionnement et des systèmes de logistique, et accès gratuit à un ensemble essentiel de services de santé.

36. La planification pour l'accès universel aux soins doit encourager les soins qualifiés lors de l'accouchement. Les services doivent être étendus en fonction de la continuité des soins, garantissant que l'accès aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum s'étend au premier mois de la vie et au-delà. Il est capital de faire un suivi pour assurer l'observance des normes, directives et protocoles. Ainsi, on vérifie une supervision constructive, un renforcement des systèmes d'orientation-recours, une prise en charge responsable, un suivi contrôlé, des soins de santé primaires dispensés en priorité et un audit social pour valider les résultats.

37. Il est capital de revoir la formation en cours d'emploi et la formation avant l'emploi et d'améliorer l'adéquation du contenu de la formation. Ainsi, on pourra renforcer les connaissances et compétences liées aux soins du nouveau-né. Il faut notamment renforcer les compétences et les connaissances pour les soins néonataux essentiels, les soins des bébés vulnérables, ceux qui sont nés avec un poids insuffisant et ceux dont les mères sont séropositives-VIH. L'identification des soins essentiels pour le nouveau-né malade (prise en charge de l'asphyxie à la naissance, de l'hypothermie [régulation thermique du nouveau-né prématuré] et les infections qui sont les grandes causes de décès) sont au titre des besoins prioritaires.

38. Les réponses des gouvernements, sur le plan des politiques et programmes, conçues dans l'optique de l'équité entre les genres, doivent également être renforcées pour traiter les questions relevant de l'éducation et de l'habilitation des femmes. Il sera très important de relier, d'une part, les groupements féminins et les organisations de développement communautaire, surtout les ONG et les organisations confessionnelles d'efficacité prouvée et de bonne crédibilité au niveau communautaire et, d'autre part, le gouvernement les systèmes de santé pour créer les synergies qui permettront d'habiliter

les femmes, d'assurer un soutien polyvalent aux besoins de santé maternelle et néonatale de la part de la famille et de la communauté, d'étendre la couverture et les soins aux groupes les plus marginalisés, notamment les pauvres des zones urbaines et rurales ainsi que les populations autochtones et de descendance africaine.

Un cadre programmatique pour les soins universels : continuité des soins

39. Il est impératif, pour traiter la santé du nouveau-né dans le contexte de la santé maternelle, néonatale et infantile, de passer de la prestation fragmentée à une optique holistique et intégrée — la *continuité des soins*, reposant sur les meilleures pratiques et leçons retenues, comprenant également une estimation des coûts nécessaires pour assurer la continuité des soins. En voici les éléments clés :

- a) *Soins de l'antépartum au post-partum et à la période postnatale* de la part d'un personnel soignant qualifié, de préférence avec des compétences obstétricales, pour les adolescentes et les femmes en âge de procréer, avec vaccinations contre le tétanos et la rubéole, traitement des infections du tractus génital, conseils pour les préparations à la naissance et préparatifs en cas d'urgence, se préparer à être parents ainsi qu'espacement des naissances. La violence conjugale en tant que facteur risque de la santé de la mère et du fœtus doit être évaluée pendant cette période et prise en charge avec les soins médicaux et le soutien psychologique nécessaires. La présence d'un prestataire qualifié avec des compétences obstétricales est de première importance pendant le travail et l'accouchement, ainsi que pendant la période du post-partum/postnatal dans cette continuité de soins. Par la suite, une transition efficace s'avère nécessaire vers les services de santé infantile après le premier mois de la vie.
- b) *Soins à domicile vers soins hospitaliers*. Ils sont de caractère essentiel pendant la période néonatale vu que les bébés qui naissent dans les établissements sanitaires quittent souvent l'hôpital très rapidement et en plus, un grand nombre de naissances surviennent à domicile. Il est important, pour la santé du nouveau-né (côté offre), d'apporter un soutien pour encourager l'allaitement précoce et exclusif et de garder le bébé au chaud, de prendre les mesures de prévention de l'infection et de dispenser des soins supplémentaires aux bébés de faible poids à la naissance et de soigner l'enfant malade. Un nombre important de facteurs socioculturels influencent les soins de la mère et du nouveau-né à domicile et, par conséquent, des stratégies de communication, de mobilisation et de responsabilisation communautaires s'avèrent nécessaires pour l'adoption de comportements se rapportant aux soins préventifs de base et pour motiver la consultation des services de santé lorsque c'est nécessaire (côté demande).

- c) *Continuité des soins de la promotion à la prévention aux services curatifs*, essentielle pour arriver à faire reculer nettement la mortalité néonatale. Il est important de garantir des soins suffisants à domicile. Certes, la promotion et la prévention sont importantes, mais les bébés connaîtront des problèmes et la famille doit répondre en consultant rapidement les services de santé concernés. On sait qu'il existe des niveaux élevés de demande communautaire pour le traitement et ils devront être mobilisés pour renforcer la prestation de services. Des stratégies efficaces de responsabilisation, de participation et de communication—engagement communautaire à la planification des programmes SMN, renforcement des compétences des prestataires, aptitudes interpersonnelles et interculturelles, utilisation de méthodes de communication communautaires et mass media seront nécessaires pour assurer des soins suffisants à domicile et pour traduire la demande communautaire pour les soins et le traitement en mortalité néonatale diminuée.

Mise en place/renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation

40. Les systèmes de suivi et d'évaluation pour suivre les progrès des programmes de santé néonatale sont d'importance *fondamentale*. Il est particulièrement important de mettre en place ou de renforcer les systèmes d'état civil¹, notamment l'enregistrement des naissances (avec poids à la naissance), les mort-nés et les décès néonataux (avec âge gestationnel et âge au décès) pour la mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation. Ces systèmes doivent permettre la notification à temps des résultats et dégageront les données pour l'évaluation de la couverture et de la qualité des services, ainsi que de la réponse communautaire. Les cadres de suivi et d'évaluation doivent devenir une partie intégrante de la planification pour la santé maternelle, néonatale et infantile dans le contexte général des systèmes de santé. Le suivi étant également un volet essentiel de la planification et de la mise en œuvre des programmes, l'analyse de données pour la prise de décisions opérationnelle doit faire partie de la description des tâches du personnel de santé. Aussi, est-il essentiel de se donner un ensemble d'indicateurs uniformes pouvant être collectés. Par ailleurs, les données doivent être revues à des niveaux clés pour suivre les résultats et pour planifier et mettre en œuvre des changements permettant d'atteindre les buts définis.

41. Des enquêtes démographiques et de santé, régulières et intégrées, ainsi que des enquêtes de santé maternelle et infantile dégagent une information utile pour l'évaluation de l'impact en général. Les ministères de la santé doivent renforcer leurs systèmes d'information sanitaire et inclure des indicateurs néonataux et statistiques d'état civil d'importance critique dans les protocoles pour permettre un suivi du processus et des

¹ S'inspirant d'initiatives telles que celles de l'Institut interaméricain de l'enfant pour aider les pays à renforcer leurs systèmes d'état civil.

résultats. Par ailleurs, les systèmes de surveillance néonatale, dont les systèmes de surveillance communautaire, visant à engager la communauté et les intervenants sociaux afin de créer des processus dynamiques de collecte, d'analyse et de réponse avec des actions concrètes aux problèmes de santé doivent être intégrés au cadre de suivi et d'évaluation.

Partenariats

42. *Le renforcement des partenariats par l'intermédiaire d'un plan participatif* englobera des partenariats mondiaux, régionaux, nationaux et locaux avec des ministères de la santé, des bailleurs de fonds, des organismes de collaboration internationale et d'autres parties prenantes clés dont la société civile et les organisations non gouvernementales. *La coopération technique de l'OPS est axée sur* la formulation de politiques, le plaidoyer pour la santé familiale et communautaire, la prestation de services, la valorisation des ressources humaines, le soutien pour la mobilisation des ressources, la gestion de l'information et des connaissances, la surveillance, le suivi et l'évaluation.

Principaux domaines de délibération

43. La mortalité néonatale est la cause principale de la mortalité infantile restante dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes. C'est un obstacle entravant la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. La plupart des décès néonataux peuvent être évités et il existe des interventions efficaces bien documentées à cette fin. Le moment est venu d'agir pour les pays en se concentrant sur les domaines clés suivants dans le contexte de la politique maternelle, néonatale et infantile :

- a) ***Plus grande visibilité de la santé néonatale et capacité accrue en matière de formulation de politiques nationales et de fixation de priorités dans le contexte de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) en vue de réaliser les OMD.*** Des interventions de SMNI renforcées et informées—comment, où, quand et pourquoi les bébés meurent-ils—sont nécessaires pour des activités améliorées de formulation de politiques et de plaidoyer, une fixation de priorités plus ciblées et une plus grande efficacité programmatique aux niveaux communautaire et des services. Autrement, il ne sera pas possible d'arriver aux réductions notables de la mortalité néonatale et la Région ne pourra pas atteindre la réduction de la mortalité infantile prévue dans le numéro 4 des Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
- b) ***Cadre de politiques pour une santé néonatale améliorée et une mortalité néonatale réduite grâce à l'engagement politique à haut niveau.*** S'agissant de

- directives et d'initiatives nationales claires en vue de mettre en place et de renforcer les systèmes d'état civil, de vérifier un financement sûr pour les interventions essentielles et de traiter les questions se rapportant au personnel de la santé néonatale dont la formation avant l'emploi et en cours d'emploi des médecins, sages-femmes et infirmiers ;
- c) ***Renforcement des systèmes de santé pour améliorer l'accès à la santé maternelle, néonatale et infantile opportune et de qualité.*** Les soins qualifiés lors de l'accouchement doivent faire partie de l'accès universel aux soins SMNI. Des soins qualifiés sont nécessaires pour assurer la continuité en vérifiant que l'accès aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum s'étende au premier mois de la vie et au-delà. Le suivi efficace est essentiel pour assurer l'observance aux normes, directives et protocoles. Cela demande une supervision constructive continue, le renforcement des systèmes d'orientation-recours, une prise en charge responsable, un suivi contrôlé, des soins de santé primaires en priorité et un audit social pour valider les résultats.
- d) ***Renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation.*** Le suivi et l'évaluation à tous les niveaux sont des éléments clés de la planification des systèmes de santé, de la prestation de services et des systèmes d'information sanitaire. Une meilleure capacité pour évaluer l'impact — grâce à des systèmes améliorés d'état civil, et pour suivre la performance — est une condition impérative pour faire reculer la mortalité néonatale, diminuer la vulnérabilité et améliorer la santé néonatale. La fixation de buts intermédiaires faisables est une priorité clé ;
- e) ***Partenariats pour la santé néonatale.*** Les partenariats à multiples niveaux pèseront de tout leur poids dans la réussite de ces initiatives puisqu'ils apporteront les compétences et ressources en vue de réduire la mortalité néonatale. Les domaines suivants se prêtent à des partenariats productifs : mise en place de systèmes de santé en faisant appel à la participation des organisations internationales aux mécanismes de planification sectorielle ; aux partenariats pour la formation du personnel entre les services de santé et les établissements d'enseignement ; aux partenariats des soins primaires par l'entremise de la collaboration intra-sectorielle et de la société civile avec les services de santé de district et au niveau de l'établissement.

Tableau 1
Mortalité néonatale et maternelle, accouchements avec personnel qualifié et insuffisance pondérale à la naissance dans des pays choisis de l'Amérique centrale et des Caraïbes, 1994-2000

Pays	Taux de mortalité néonatale ^a	Taux de mortalité périnatale ^a	Taux de mortalité maternelle (100 000NV.) ^{b,d,e}	% d'accouchements avec personnel qualifié ^b	% de bébés avec poids insuffisant ^c
Scénario 1: TMN 20 ou plus					
Haïti	34	54	523	24.2	21
Bolivie	27	31	230	60.8	9
Suriname	25	30		90	131
Scénario 2: TMN 15-19					
République dominicaine	19	28	75.3	97.8	11
Guatemala	19	23	153	41.4	13
Honduras	18	28	108	62	14
Nicaragua	18	23	82.8	75.2	12
Equateur	16	20	77.8	69	16
Pérou	16	20	185	71.1	11
Paraguay	16	20	174.1	85.9	9
El Salvador	16	20	173	83.7	13
Brésil	15	20	73.1	96.7	10
Mexico	15	22	65.2	91.5	9
Scénario 3: TMN moins de 15					
Colombie	14	23	84.4	94.5	9
Trinité & Tobago	13	26	67 ^d	99.5	23
Venezuela	12	18	57.8	99.7	7
Panama	11	15	68	92.5	10
Argentine	10	14	43.6	99.1	7
Barbade	8	17	95 ^e	100	10
Uruguay	7	14	51 ^d	99.4	8
Costa Rica	7	13	30.5	97.5	7
Chili	6	8	13.4	99.8	5
Cuba	4	14	38.5	99.9	6

Sources:

^a WHO. Neonatal and Perinatal Mortality 2006: Country, Regional and Global Estimates. Tiré (07/12/06) de http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/neonatal.pdf

^b OPS/OMS, Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos, 2005

^c UNICEF. Country estimates 1998-2003. State of the world's children 2005. Tiré (07/12/06) de <http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05.pdf>

^d Saving Newborn Lives. State of the World's Newborns 1995-2000. Save the Children. Washington, DC.

^e WHO. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Tiré de http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf

Mesures à prendre par le Conseil directeur

44. Le Conseil directeur est prié d'envisager la résolution en annexe proposée par le Comité exécutif.

Annexe



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, 19-23 juin 2006

CD47/12 (Fr.)
Annexe

RÉSOLUTION

CE138.R10

LA SANTÉ NÉONATALE DANS LE CONTEXTE DE LA SANTÉ MATERNELLE, INFANTILE ET JUVÉNILE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT ÉNONCÉS DANS LA DÉCLARATION DES NATIONS UNIES POUR LE MILLÉNAIRE

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, infantile et juvénile pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement énoncés dans la Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire (document CE138/12),

DÉCIDE :

De recommander au 47^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigé dans les termes suivants :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, infantile et juvénile pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement énoncés dans la Déclaration des Nations unies pour le Millénaire (document CD47/12);

Reconnaissant que la Région est encore confrontée à des taux de mortalité néonatale élevés et que pour parvenir à réduire la mortalité néonatale, des efforts accrus des pays et de leurs partenaires de développement seront nécessaires ;

Considérant que les organes directeurs de l'OPS ont adopté les résolutions CSP26.R13 « Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles », et CD45.R3 « Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires »;

Considérant que la résolution WHA57.12 fait sienne la stratégie mondiale de l'OMS sur la santé génésique ;

Conscient que l'Organisation mondiale de la Santé accueille le partenariat mondial sur la santé maternelle, néonatale et infantile, qui a formulé la Déclaration de Delhi sur la santé maternelle, néonatale et infantile, démontrant l'engagement du monde à obtenir des améliorations quantifiables selon un calendrier défini en matière de développement et de réduction de la pauvreté d'ici 2015,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États membres à :
 - (a) examiner la situation actuelle de la santé néonatale et mener des programmes permanents de promotion ciblée pour que la santé des nouveau-nés devienne une priorité de politique dans le contexte de la santé et des soins de santé maternelle, néonatale et infantile ;
 - (b) appuyer à travers les secteurs des partenariats au niveau de la fourniture de services en vue de définir des interventions novatrices et intégrées dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile.
 - (c) participer à la formulation d'une stratégie régionale et d'un plan d'action de santé néonatale dans le cadre de la continuité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile.
2. De demander à la Directrice de :
 - (a) préparer une stratégie régionale et un plan d'action intégrés de santé néonatale dans le cadre de la continuité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile, lequel traitera des inégalités et visera les groupes vulnérables et marginalisés, y compris les objectifs intermédiaires pour 2010 et 2015.