

Objectif 5

Améliorer la santé maternelle

Faits en bref

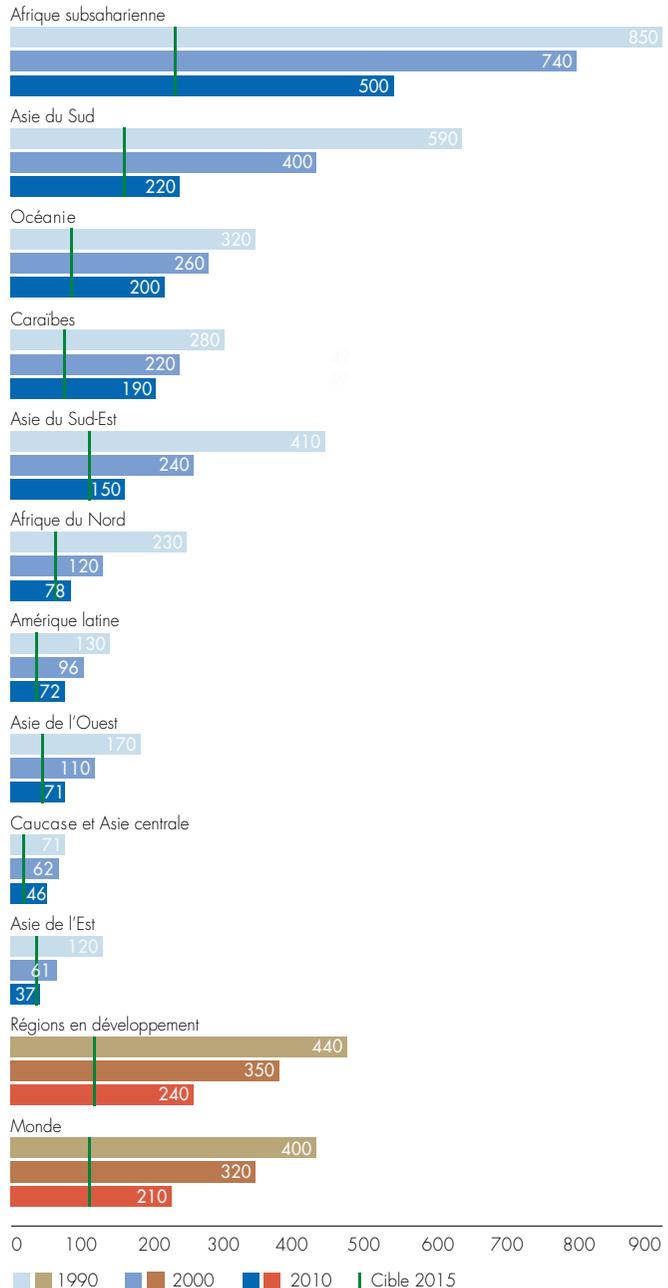
- ▶ En Asie de l'Est, en Afrique du Nord et en Asie du Sud, la mortalité maternelle a diminué d'environ deux tiers.
- ▶ La moitié seulement des femmes enceintes dans les régions en développement reçoit le minimum recommandé de quatre visites pour des soins prénatals.
- ▶ Dans le monde, environ 140 millions de femmes mariées ou en union affirment qu'elles souhaiteraient retarder ou éviter une grossesse, mais qu'elles n'ont pas recours à la contraception.

CIBLE 5.A

Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

La mortalité maternelle a été réduite presque de moitié depuis 1990, mais reste bien en dessous de la cible OMD

Taux de mortalité maternelle, 1990, 2000 et 2010 (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, femmes entre 15 et 49 ans)

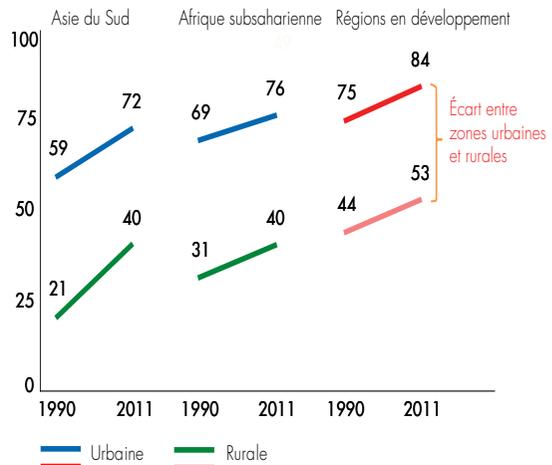


Au plan mondial, le taux de mortalité maternelle a diminué de 47 % au cours des deux dernières décennies, passant de 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990, à 210 décès en 2010. Toutes les régions avaient fait des progrès, avec les plus grandes réductions enregistrées en Asie de l'Est (69 %), en Afrique du Nord (66 %) et en Asie du Sud (64 %). Pour atteindre la cible OMD consistant à réduire le taux de trois quarts, il sera nécessaire de mettre en place des interventions accélérées, dont l'accès amélioré aux soins d'urgence en obstétrique, l'assistance aux accouchements par un personnel de santé qualifié, et la fourniture de thérapies antirétrovirales à toutes les femmes enceintes qui en ont besoin.

Environ 50 millions de nouveau-nés dans le monde naissent sans l'assistance de personnel soignant qualifié

Accoucher avec l'assistance d'une personne soignante qualifiée et aidée (médecin, infirmière ou sage-femme) peut réduire le risque évitable de décès ou de complications. Un accoucheur disposant de la formation et des médicaments requis peut intervenir pour prévenir et faire face à des complications potentiellement mortelles telles que les hémorragies abondantes, ou envoyer la patiente dans un établissement mieux équipé. Dans les régions en développement, la proportion d'accouchements en présence de personnel soignant qualifié est passée de 55 % en 1990 à 66 % en 2011. Cependant, pour environ 46 millions des 135 millions de naissances vivantes en 2011, des femmes ont accouché toutes

Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, zones urbaines et rurales, 1990 et 2011 (pourcentage)



seules ou sans soins adéquats. De grandes disparités existent entre les régions en termes de soins qualifiés lors des naissances, avec un éventail allant d'une couverture quasi universelle en Asie de l'Est et dans le Caucase et Asie centrale (100 % et 97 %, respectivement) à un taux d'environ 50 % en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, régions présentant les niveaux les plus élevés de mortalité maternelle.

Les femmes qui accouchent dans les zones rurales sont encore désavantagées par rapport aux soins qu'elles reçoivent. En 1990, 44 % des accouchements dans les zones rurales du monde en développement étaient assistés par un personnel de santé qualifié, contre 75 % dans les zones urbaines. À la fin 2011,



la couverture pour les naissances en présence de personnel soignant qualifié avait augmenté globalement, mais l'écart urbain-rural persistait : plus de la moitié (53 %) des femmes des zones rurales étaient assistées par un personnel qualifié lors de l'accouchement, contre 84 % dans les zones urbaines. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, les écarts étaient encore plus grands.

CIBLE 5.B

Atteindre, d'ici à la fin 2015, l'accès universel aux soins de santé procréative

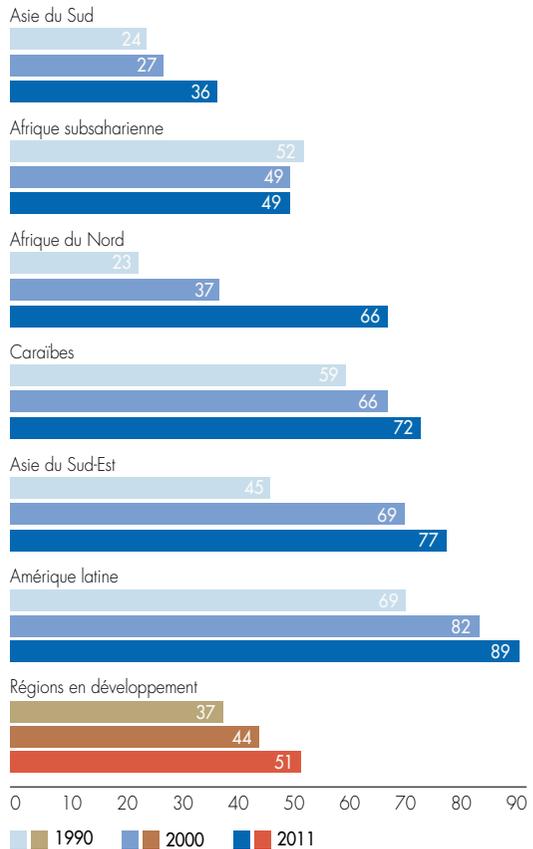
Des soins prodigués durant la grossesse peuvent sauver des vies, mais la moitié seulement des femmes dans les régions en développement reçoit les soins recommandés

Des soins de bonne qualité prodigués durant la grossesse sont fondamentaux pour la santé, le bien-être et la survie des mères et de leurs bébés. Dans les régions en développement, la couverture en soins prénatals (au moins une visite chez un médecin, une infirmière ou une sage-femme durant la grossesse) a progressé de 63 % à 81 % entre 1990 et 2011. L'Asie du Sud, l'Afrique du Nord et l'Asie de l'Ouest ont fait les plus grands progrès au cours de la dernière décennie, tandis que des régions comme les Caraïbes, l'Asie de l'Est, l'Amérique latine et l'Asie du Sud-Est ont déjà réalisé des taux de couverture de 90 % ou plus.

L'Organisation mondiale de la Santé a recommandé un minimum de quatre visites pour des soins prénatals, pour assurer le bien-être des mères et des nouveaux-nés. Ces visites devraient inclure une vaccination à l'anatoxine tétanique, le dépistage et le traitement des infections, et l'identification de signaux d'avertissement durant la grossesse. Les femmes enceintes sont aussi testées pour le VIH; si elles sont séropositives, elles reçoivent assistance et conseils pour vivre avec le virus et éviter sa transmission à leur bébé. Dans les pays où le paludisme est endémique, les femmes enceintes devraient également recevoir un traitement intermittent pour empêcher la maladie, évitant ainsi des effets néfastes pour la mère et le bébé s'ils étaient infectés durant la grossesse.

Les soins prénatals peuvent sauver des vies humaines. Cependant, en général dans les régions en développement, la moitié seulement de toutes les femmes enceintes reçoit le nombre minimal recommandé de visites prénatales (quatre). Des régions comme l'Afrique du Nord et l'Asie du Sud-Est ont affiché des progrès importants au cours des

Proportion de femmes entre 15 et 49 ans examinées au moins quatre fois par un soignant durant leur grossesse, 1990, 2000 et 2011 (pourcentage)



deux dernières décennies dans l'amélioration de la couverture en soins prénatals, alors que l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne sont restées à la traîne. En 2011, seulement 36 % des femmes enceintes en Asie du Sud et 48 % en Afrique subsaharienne ont reçu au moins quatre visites prénatales au cours de leur dernière grossesse. Les soins peuvent être variables en termes de qualité, dimension difficile à mesurer et non représentée dans les données. Une surveillance est nécessaire pour assurer des soins prénatals de haute qualité qui contribuent effectivement à améliorer l'issue de la grossesse.

Plus de la moitié des femmes mariées dans la plupart des régions en développement utilisent une forme ou une autre de planification familiale

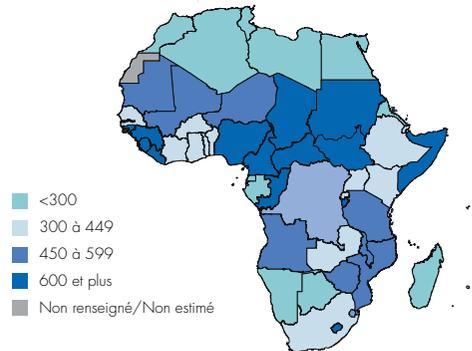
Étendre l'accès à l'information, aux conseils et aux produits pour un large ensemble de méthodes de contraception est essentiel pour atteindre la cible d'un accès universel à la santé procréative. En 2011, une moyenne de 62 % des femmes des régions en développement, mariées ou en union, utilisaient une forme ou une autre de contraception. Si on exclut l'Afrique subsaharienne et l'Océanie, 50 % au moins de ces femmes dans toutes les régions avaient recours à la contraception

Au plan mondial, 9 femmes sur 10 en âge de procréer, mariées ou en union, et ayant recours à la contraception, utilisaient des méthodes modernes. Dans les régions en développement, les méthodes de contraception ayant la prévalence la plus élevée sont la stérilisation féminine et le dispositif intra-utérin (DIU), qui représentent à eux deux plus de la moitié de toutes les méthodes de contraception. On observe quelques tendances régionales. Par exemple, la stérilisation féminine domine en Asie du Sud, tandis que les contraceptifs injectables sont plus courants en Afrique de l'Est et Afrique du Sud.

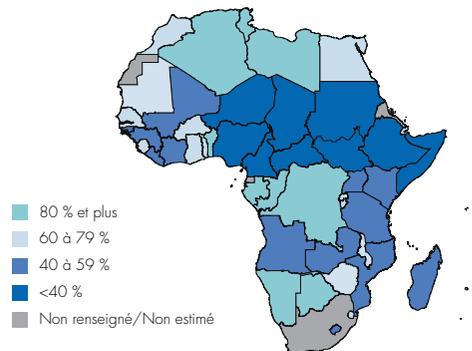
Les pays africains présentent des écarts importants en termes de santé maternelle et procréative, ce qui met en évidence la nécessité de développer des interventions efficaces

Le recours à la contraception est bénéfique à la santé maternelle et procréative en empêchant les grossesses non désirées ou trop rapprochées et en réduisant les avortements dangereux. Il n'est pas surprenant que la mortalité maternelle en Afrique ait tendance à être moins élevée dans les pays où les taux de contraception et d'assistance durant l'accouchement par un personnel soignant qualifié sont relativement élevés. On trouve la plupart de ces pays en Afrique du Nord et en Afrique du Sud. L'Afrique subsaharienne dans son ensemble affiche le taux de mortalité maternelle le plus élevé du monde, une prévalence de la contraception de seulement 25 %, et de faibles niveaux d'assistance qualifiée à la naissance.

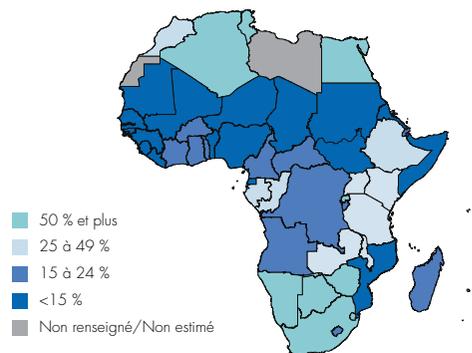
Taux de mortalité maternelle, 2010 (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, femmes entre 15 et 49 ans)



Proportion d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié, enquête la plus récente (2006-2012) [pourcentage]

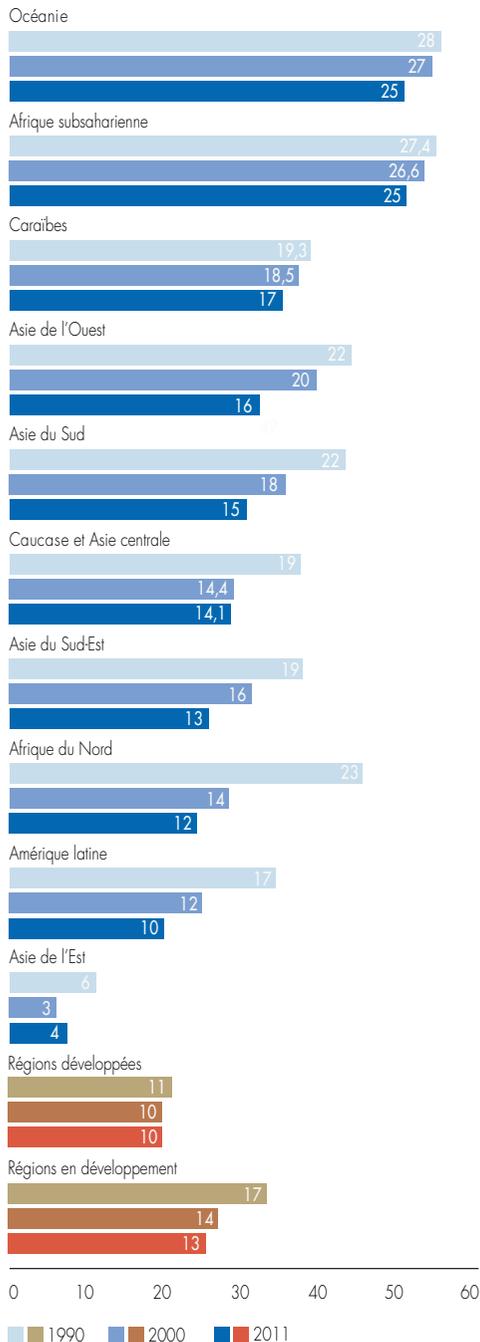


Proportion de femmes entre 15 et 49 ans, mariées ou en union, utilisant une forme ou une autre de contraception, enquête la plus récente (2000-2012) [pourcentage]



Le besoin de planification familiale est atteint lentement pour un plus grand nombre de femmes, mais la demande s'accroît à un rythme élevé

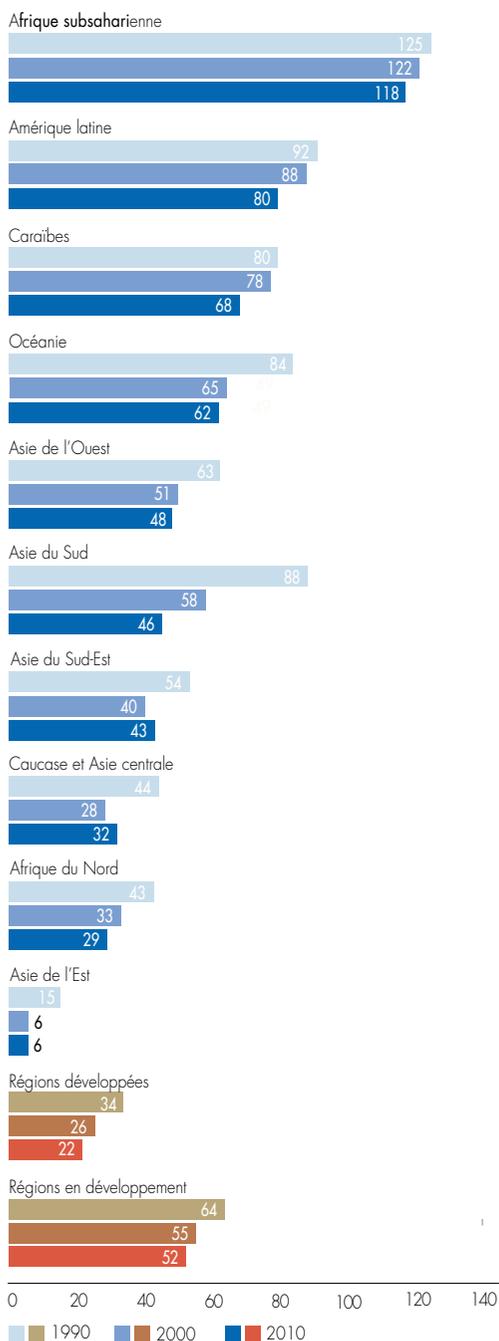
Proportion de femmes entre 15 et 49 ans, mariées ou en union, dont les besoins en matière de planification familiale ne sont pas satisfaits, 1990, 2000 et 2011 (pourcentage)



La prévalence de la contraception ayant augmenté, les besoins non satisfaits de planification familiale, définis comme le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans, mariées ou en union, qui expriment le souhait de retarder ou d'éviter une grossesse mais qui n'ont recours à aucune forme de contraception, ont diminué dans leur ensemble. Au plan mondial, les besoins non satisfaits de planification familiale ont diminué, passant de 15 % en 1990 à 12 % en 2011, grâce aux progrès réalisés dans les régions en développement. Les niveaux actuels des besoins non satisfaits sont situés sur une échelle qui va de 4 % pour l'Asie de l'Est à 25 % pour l'Océanie et l'Afrique subsaharienne. Cela se traduit par un nombre de plus de 140 millions de femmes (mariées ou en union) qui souhaiteraient retarder ou éviter une grossesse, mais qui n'ont pas recours à la contraception. D'ici à 2015, il est prévu que la demande totale de planification familiale chez les femmes mariées augmenterait à plus de 900 millions, principalement à cause de la croissance démographique. Cela constitue l'un des indicateurs de ce qui reste encore à faire en matière de santé procréative et des efforts nécessaires pour satisfaire la demande en matière de contraception, surtout la demande de méthodes plus efficaces et plus modernes.

Les grossesses d'adolescentes sont dangereuses aussi bien pour la mère que pour l'enfant, et se maintiennent à des niveaux élevés dans de nombreuses régions en développement

Nombre de naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans (taux de natalité parmi les adolescentes), 1990, 2000 et 2010



Une grossesse précoce augmente les risques pour la mère et son enfant. Bien que des progrès aient été accomplis pour réduire le taux de natalité chez les adolescentes, plus de 15 millions des 135 millions des naissances vivantes dans le monde sont le fait de femmes dont l'âge se situe entre 15 et 19 ans. Dans toutes les régions, le taux de natalité chez les adolescentes a diminué entre 1990 et 2010, l'Asie du Sud enregistrant les progrès les plus importants. Le taux de natalité le plus élevé chez les filles adolescentes de 15 à 19 ans se trouve en Afrique subsaharienne (118 naissances pour 1 000 filles), région qui a le moins progressé depuis 1990, en termes relatifs et absolus à la fois. Le mariage des enfants (avant l'âge de 18 ans) est encore répandu dans cette région et est en étroite relation avec la grossesse chez les adolescentes. En Amérique latine ainsi qu'aux Caraïbes, le taux de natalité chez les adolescentes reste élevé et n'a commencé à décroître que récemment. Le problème est exacerbé par le fait que les filles adolescentes, d'une manière générale, sont confrontées à des barrières plus importantes que les femmes adultes pour l'accès aux services de santé procréative.

