

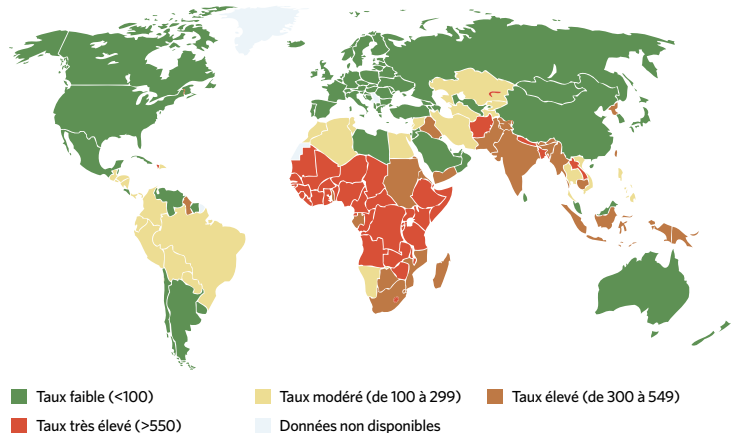
Objectif 5 Améliorer la santé maternelle

CIBLE

D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

Le risque de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement est toujours élevé en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud

Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, 2005

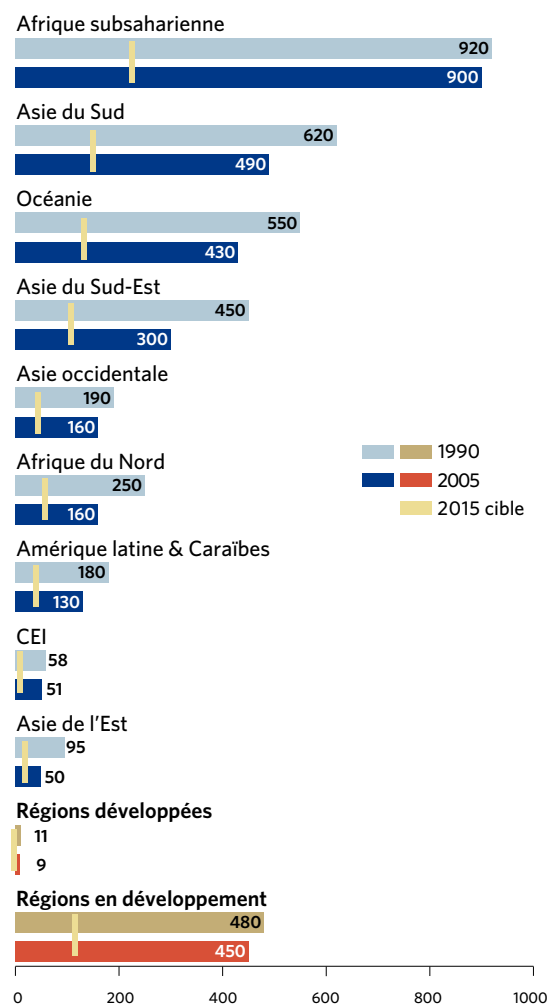


Les taux élevés de mortalité maternelle continuent d'être inacceptables dans de nombreux pays du monde en développement. En 2005, plus de 500 000 femmes sont mortes pendant leur grossesse, durant l'accouchement ou au cours des six semaines qui ont suivi la naissance. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent de ces décès interviennent dans des régions en développement, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud cumulant ensemble 86 % de ces décès. En Afrique subsaharienne, le niveau de risque encouru par une femme de succomber à des complications évitables ou pouvant être traitées, pendant la grossesse et l'accouchement, durant l'ensemble de sa vie, s'élève à un sur 22, alors qu'il est de un sur 7 300 dans les régions développées.



Pour sauver des vies maternelles, les progrès restent faibles

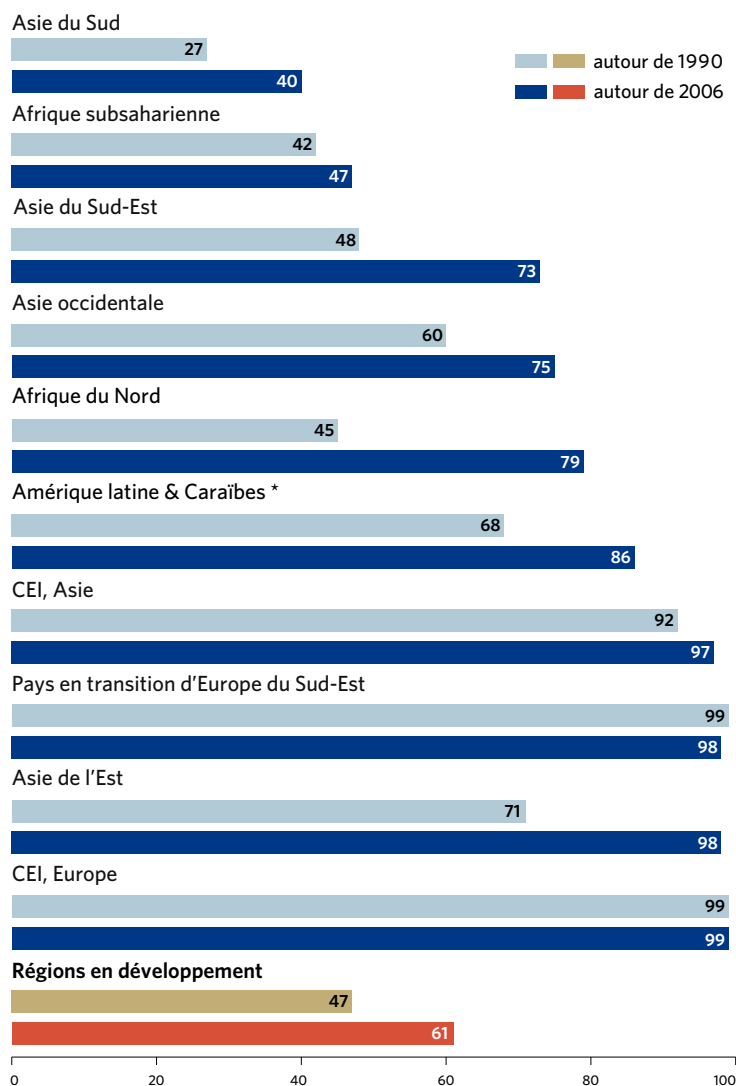
Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, 1990 et 2005



Au plan mondial, la mortalité maternelle a reculé de moins d'un pour cent par année entre 1990 et 2005 – un taux largement inférieur aux 5,5 % nécessaires pour atteindre la cible. L'Afrique du Nord, l'Amérique latine et les Caraïbes, et l'Asie du Sud-Est ont réussi à faire reculer leurs taux de mortalité maternelle d'environ un tiers au cours de cette période, bien que les progrès dans ces régions soient toujours insuffisants pour atteindre la cible. En Afrique subsaharienne, la région affichant le taux le plus élevé de mortalité maternelle, les progrès se sont avérés négligeables. Dans toutes les régions, des mesures accélérées doivent être adoptées dans toutes les dimensions des soins de santé touchant la procréation, et surtout, mais pas exclusivement, en faveur des soins obstétricaux, pour atteindre l'objectif.

La présence d'un soignant qualifié pendant l'accouchement est essentielle pour améliorer les résultats

Proportion d'accouchements pratiqués par un personnel soignant qualifié, autour de 1990 et autour de 2006 (Pourcentage)

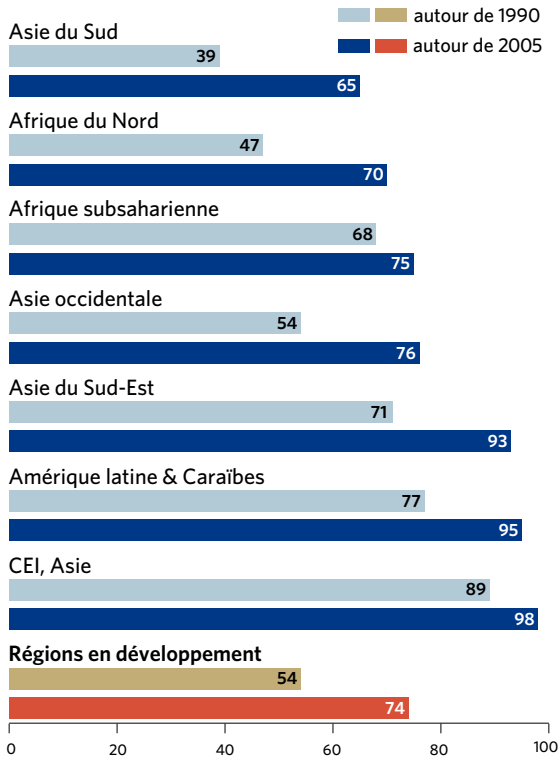


* Ne comprend que les accouchements dans des établissements de santé.

Il est essentiel qu'un soignant qualifié (médecin, personnel infirmier ou sage-femme) soit présent pendant l'accouchement pour faire reculer les décès maternels. En 2006, dans le monde en développement, près de 61 % des naissances ont eu lieu en présence d'un soignant qualifié, un progrès par rapport au taux de moins de 50 % affiché en 1990. Cependant, la couverture est toujours faible en Asie du Sud (40 %) et en Afrique subsaharienne (47 %) – les deux régions affichant les nombres les plus élevés de décès maternels. Il faut que la présence d'un personnel soignant compétent, bien équipé, ayant la possibilité d'orienter les patientes vers un établissement adéquat en cas de complications, devienne la norme lors des accouchements, si l'on veut réduire les décès maternels de façon notable.

Les soins prénatals sont en progression partout dans le monde

Proportion de femmes (15-49 ans) examinée au moins une fois pendant leur grossesse par un soignant qualifié, autour de 1990 et autour de 2005 (Pourcentage)



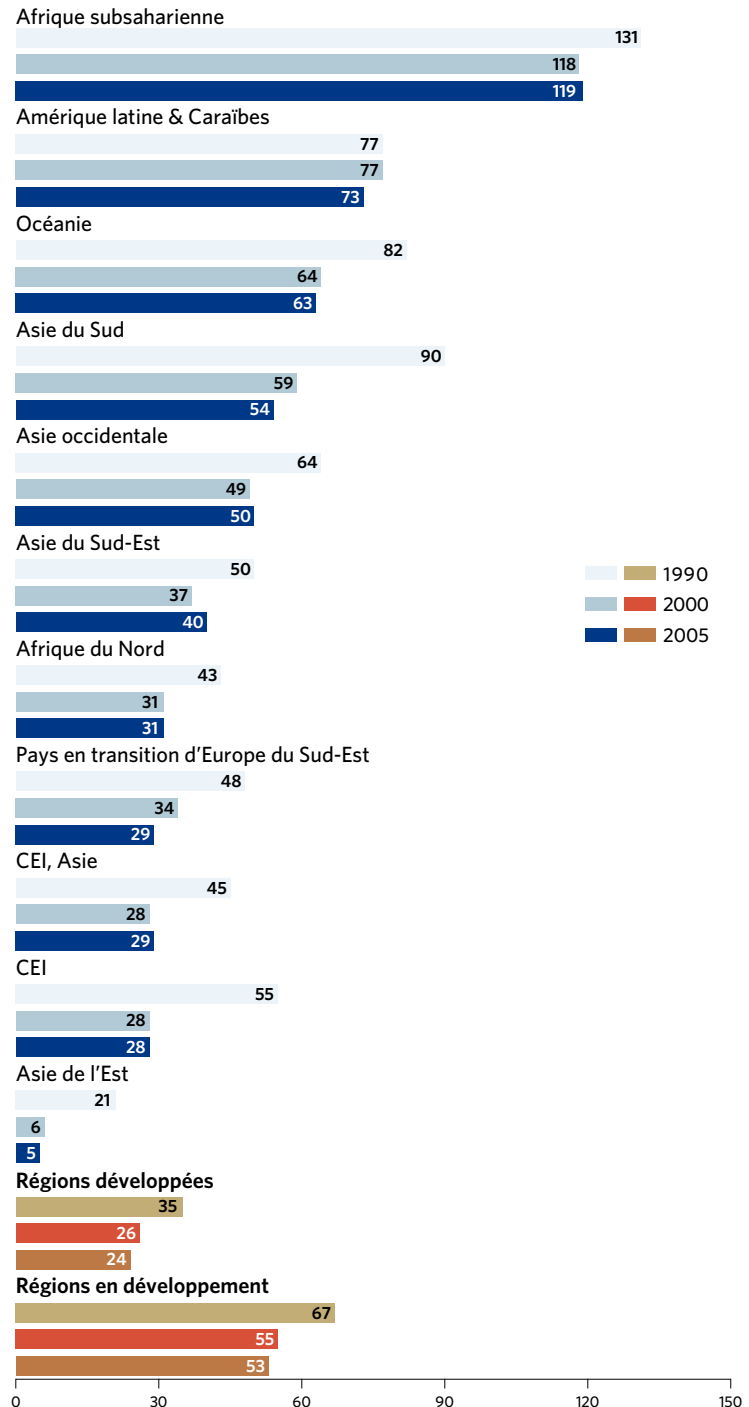
Les soins prénatals sont l'assurance d'une maternité et d'un accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène, axés sur le bien-être tant de la future mère que de son bébé. La proportion de femmes enceintes dans le monde en développement, qui ont été examinées au moins une fois pendant leur grossesse, a progressé, passant d'un peu plus de la moitié au début des années 1990 à près des trois quarts une décennie plus tard. Si les progrès sont indéniables, il convient toutefois de noter que l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF recommandent un minimum de quatre consultations prénatales. En Afrique, 42 % seulement des femmes ont satisfait aux normes fixées par l'OMS-UNICEF.

CIBLE

Atteindre, d'ici à 2015, l'accès universel aux produits de santé en matière de procréation

La fécondité recule légèrement chez les adolescentes

Naissances chez des femmes âgées de 15-19 ans, 1990, 2000 et 2005 (Nombre de naissances pour 1 000 femmes)

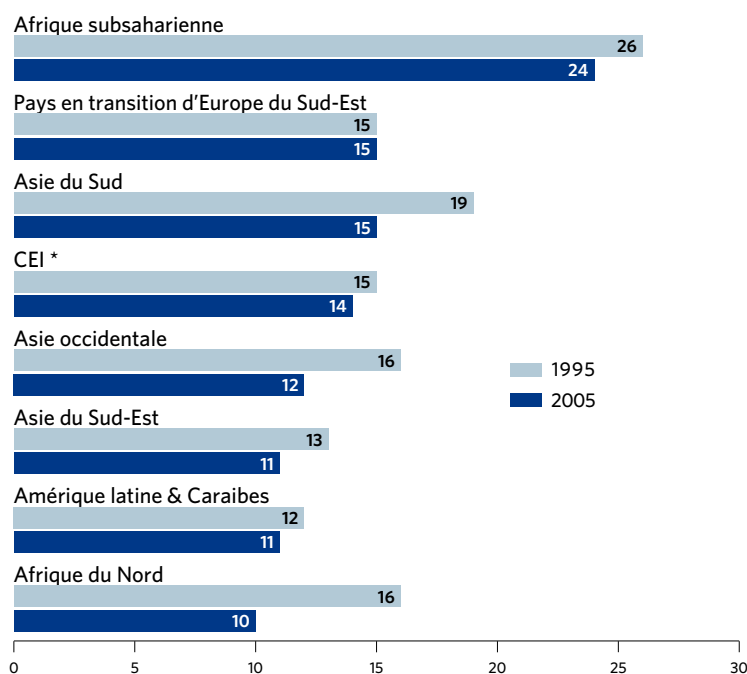


Les grossesses chez les adolescentes contribuent au cycle des décès maternels et de la mortalité infantile. La maternité à un âge très précoce accroît non seulement le risque de mourir en couches, mais elle met aussi en danger le bien-être des mères qui survivent, et celui de leurs enfants. Les jeunes mères sont souvent privées d'éducation et ne profitent pas des avantages socio-économiques. Un enfant né d'une mère adolescente risque plus qu'un autre enfant de mourir pendant les premiers mois de sa vie ou pendant son enfance, et d'être privé des avantages dont une mère instruite fait bénéficier ses enfants. Réduire les taux de fécondité chez les adolescentes contribue directement et indirectement aux objectifs en matière de santé maternelle, ainsi qu'aux autres objectifs.

Dans pratiquement toutes les régions en développement, les taux de fécondité des adolescentes ont reculé entre 1990 et 2000, pour ensuite stagner ou augmenter légèrement entre 2000 et 2005. Le taux de fécondité des adolescentes est particulièrement élevé en Afrique subsaharienne, une région où la fécondité reste élevée chez les femmes en âge d'avoir des enfants. Le taux global de fécondité a reculé de manière notable au cours des deux dernières décennies dans de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes, et d'Asie du Sud-Est; cependant la fécondité des adolescentes n'a pas réellement évolué et reste supérieure à 60 naissances pour 1 000 femmes dans ces deux régions. La planification familiale a largement contribué à faire reculer les taux globaux de fécondité dans ces régions, mais la demande de contraception chez les adolescentes mariées n'est pas satisfaite, comme elle l'est pour les femmes plus âgées. Il s'avère donc difficile de faire reculer le taux de fécondité des adolescentes, ce qui expose les jeunes mères au risque de mortalité maternelle.

Les besoins non satisfaits en termes de planification familiale entravent la réalisation de plusieurs autres objectifs

Proportion de femmes mariées âgées de 15-49 ans dont les besoins ne sont pas satisfaits en termes de planification familiale, 1995 et 2005 (Pourcentage)



* Données les plus récentes autour de 2000.

Note: Pas de données disponibles pour l'Asie de l'Est.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale – l'écart entre le désir affirmé d'une femme de repousser une grossesse à plus tard ou de ne pas avoir d'enfant, et l'utilisation effective de la contraception – ont reculé dans la majorité des pays dont les tendances sont perceptibles. Cependant, en Afrique subsaharienne, pour près d'une femme mariée sur quatre, les besoins en matière de planification familiale ne sont pas satisfaits, et l'utilisation accrue de contraceptifs est à peine parvenue à satisfaire le désir croissant des femmes de remettre une grossesse à plus tard ou de limiter le nombre d'enfants qu'elles auront. Ainsi, le taux de fécondité demeure-t-il élevé dans la région, entravant la réalisation d'objectifs connexes, comme la réduction de la mortalité infantile, de la faim et de la malnutrition, ainsi que l'augmentation du taux de scolarisation au niveau de l'école primaire.

Dans toutes les régions, c'est dans les ménages les plus pauvres que ce besoin est le moins bien satisfait. Les chiffres sont les plus élevés en Amérique latine et dans les Caraïbes, où 27 % des ménages les plus pauvres ont des besoins insatisfaits en termes de planification familiale, contre 12 % dans les ménages les plus aisés. En Afrique subsaharienne, le taux est élevé—plus de 20 %—même dans les ménages les plus aisés.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont aussi particulièrement importants chez les jeunes femmes qui aimeraient souvent repousser leurs grossesses à plus tard. Des naissances rapprochées sont dangereuses pour la vie et la santé des femmes.

Une fois qu'une femme a mis au monde le nombre d'enfants qu'elle désirait, l'impossibilité d'avoir accès à la contraception se solde par des grossesses et des naissances non désirées. Le risque de décès maternels s'en trouve accru et les familles n'ont parfois plus les moyens d'envoyer tous leurs enfants à l'école ou de les faire soigner.