

Objectif 5

Améliorer la santé maternelle

CIBLE

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

Pour avoir une bonne santé maternelle, il faut des services de santé procréative de qualité et une série d'interventions correctement espacées afin de garantir un passage sans danger vers la maternité. Sans cela, on assiste à des centaines de milliers de décès inutiles chaque année, triste rappel du statut inférieur accordé aux femmes dans de nombreuses sociétés.

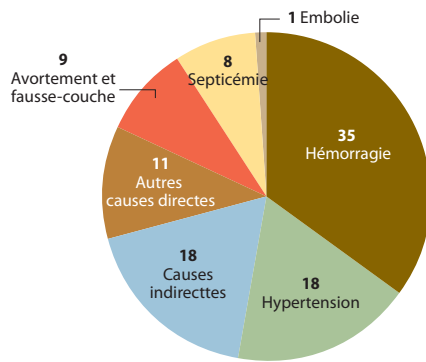
Il n'est pas facile de mesurer la mortalité maternelle (nombre de décès dus à des complications de la grossesse ou de l'accouchement). Les sous-déclarations et erreurs de déclaration systématiques sont monnaie courante et les estimations sont calculées avec de larges marges d'incertitude. N'empêche, la fourniture accélérée des services de santé maternelle et procréative dans toutes les régions, ainsi que des données conjoncturelles positives sur la mortalité et la morbidité maternelles suggèrent que le monde a fait des progrès, en ce qui concerne l'OMD 5.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et la Banque mondiale sont en train de peaufiner les dernières estimations sur la mortalité maternelle. Les données préliminaires donnent à penser qu'il y a eu progrès, certains pays affichant une baisse marquée des ratios de mortalité maternelle. Mais le taux de réduction est encore loin des 5,5 pour cent de baisse annuelle qui s'imposent pour réaliser cette cible OMD. Les données complètes seront disponibles à l'adresse suivante : www.mdgs.un.org.



La plupart des décès maternels pourraient être évités

Causes de la mortalité maternelle, régions en développement, 1997/2007 (Pourcentage)

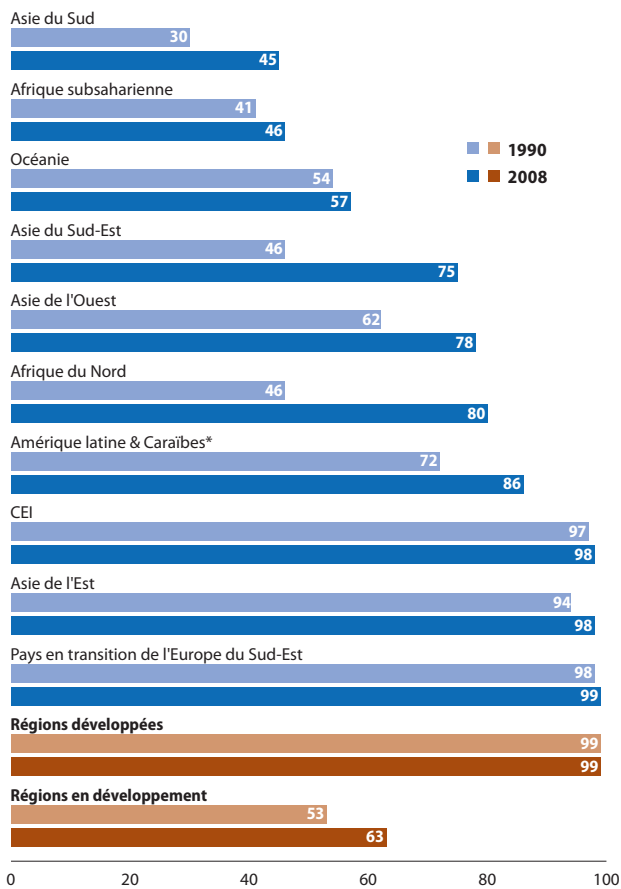


Les principales causes de la mortalité maternelle dans les régions en développement sont l'hémorragie et l'hypertension, qui à elles deux comptent pour la moitié de tous les décès chez les femmes enceintes ou les nouvelles mères. Des causes indirectes comme le paludisme, le VIH/sida et les maladies cardiaques expliquent 18 pour cent des décès maternels. D'autres causes directes comme le travail prolongé, des complications lors de l'anesthésie ou d'une césarienne ou une grossesse ectopique occasionnent 11 pour cent de tous les décès pendant la grossesse ou l'accouchement.

La vaste majorité de ces décès est évitable. Ainsi il est possible de prévenir ou gérer l'hémorragie, qui compte pour plus d'un tiers des décès maternels, avec des interventions administrées par du personnel soignant qualifié disposant de matériel et de fournitures nécessaires.

Donner naissance est particulièrement risqué en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, où la plupart des femmes accouchent en l'absence de personnel qualifié

Proportion d'accouchements pratiqués par du personnel soignant qualifié, 1990 et 2008 (Pourcentage)

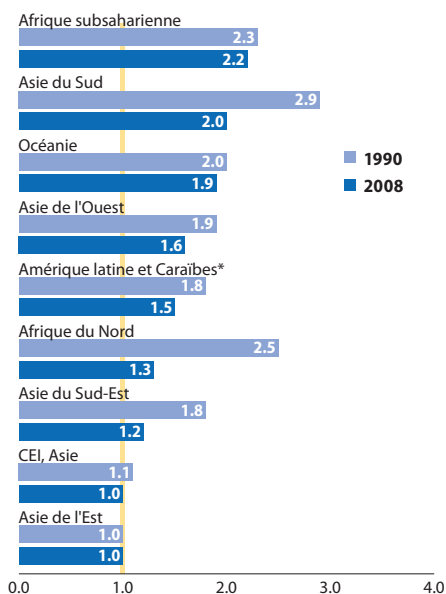


* Ne comprend que les accouchements dans des établissements de santé.

La proportion de femmes des pays en développement ayant accouché en présence de personnel qualifié est passée de 53 pour cent en 1990 à 63 pour cent en 2008. Toutes les régions ont fait des progrès, mais ceux-ci ont été spectaculaires en Afrique du Nord et en Asie du Sud-Est, avec un accroissement de 74 et 63 pour cent, respectivement. L'Asie du Sud a également progressé, même si là, tout comme en Afrique subsaharienne, la couverture reste insuffisante. Moins de la moitié des femmes qui accouchent dans ces régions donne naissance en présence de personnel soignant qualifié.

L'écart urbain-rural s'est rétréci, en ce qui concerne la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement

Ratio de femmes des zones urbaines/rurales ayant accouché en présence de personnel soignant qualifié, 1990 et 2008



■ Parité: Les femmes des zones rurales et urbaines ont des chances égales d'être assistées par du personnel qualifié lors de l'accouchement.

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

Le nombre de femmes en milieu rural qui reçoivent une assistance qualifiée pendant l'accouchement est en augmentation, ce qui réduit l'écart historique entre zones rurales et urbaines. En Asie du Sud par exemple, les femmes des villes avaient trois fois plus de chances de recevoir des soins professionnels pendant l'accouchement que leurs homologues rurales en 1990. En 2008, elles n'avaient plus que deux fois plus de chances de recevoir de tels soins, ce qui montre une certaine amélioration. Mais les inégalités persistent, surtout dans les régions où la présence de personnel qualifié est la plus rare et la mortalité maternelle la plus élevée, en particulier en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et en Océanie.

On constate aussi de sérieuses disparités en termes de couverture entre les ménages les plus riches et les plus pauvres. On trouve les écarts les plus prononcés en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, où les femmes

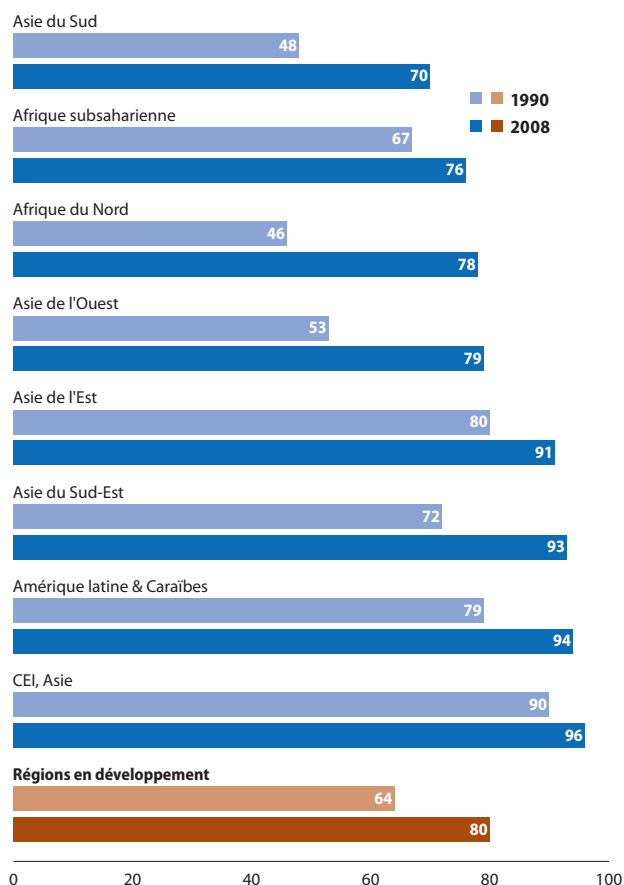
les plus riches ont respectivement cinq et trois fois plus de chances d'accoucher en présence de personnel qualifié que les femmes les plus pauvres. Dans l'ensemble des régions en développement, les femmes des ménages les plus riches ont trois fois plus de chances de recevoir des soins professionnels à l'accouchement que les femmes les plus pauvres.

CIBLE

Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

Un nombre plus grand de femmes bénéficient de soins prénatals

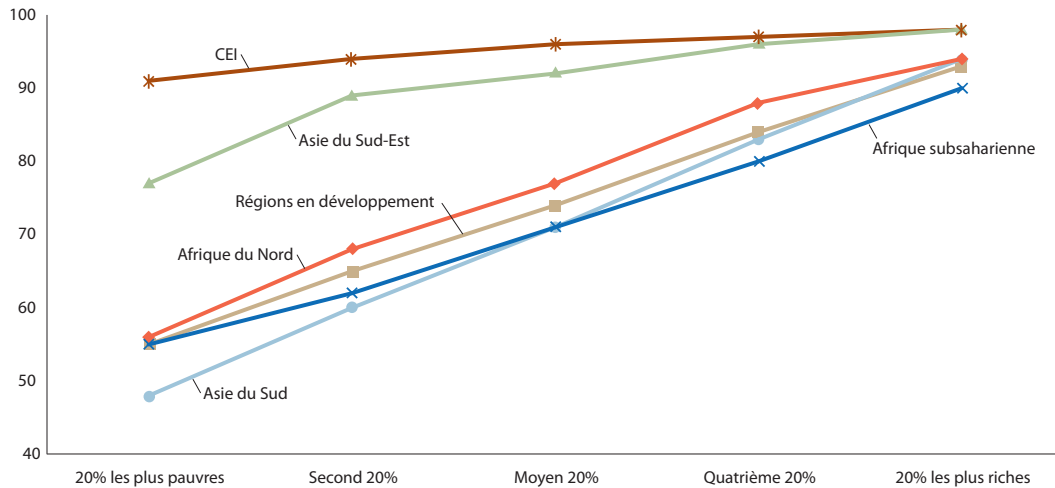
Proportion de femmes examinées au moins une fois pendant leur grossesse par un soignant qualifié, 1990 et 2008 (Pourcentage)



Dans toutes les régions, des progrès ont été faits en matière de soins prénatals. On enregistre des gains remarquables en Afrique du Nord, où la proportion de femmes enceintes ayant consulté un travailleur de la santé qualifié au moins une fois durant sa grossesse a augmenté de 70 pour cent. L'Asie du Sud et l'Asie de l'Ouest rapportent des augmentations de près de 50 pour cent.

Il y a des inégalités flagrantes en ce qui concerne les soins pendant la grossesse

Proportion de femmes examinées au moins une fois pendant leur grossesse par un soignant qualifié, par richesse des ménages, 2003/2008 (Pourcentage)



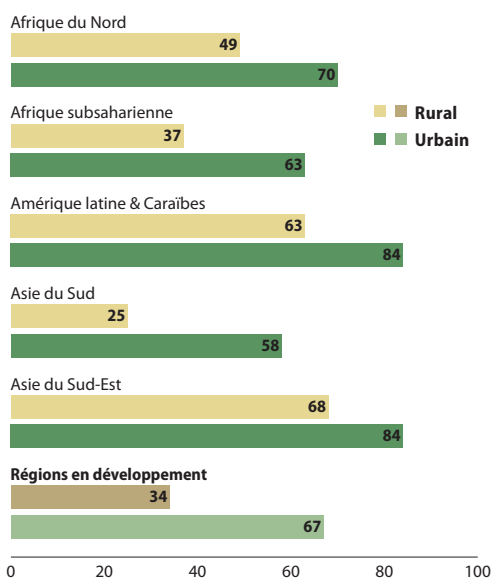
Les disparités en fonction de la richesse sont frappantes pour les femmes recevant des soins prénatals, surtout en Asie du Sud, en Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne. Même en Asie du Sud-Est, où plus de 90 pour cent des femmes consultent un personnel qualifié pendant leur grossesse, seuls 77 pour cent des femmes des ménages les plus pauvres sont couvertes, contre près de 100 pour cent des ménages les plus riches.

Il existe aussi de larges disparités selon que les femmes vivent en milieu rural ou urbain, même si l'écart s'est rétréci entre 1990 et 2008. En Afrique subsaharienne, la proportion de femmes des zones urbaines qui ont reçu au moins une fois des soins prénatals est passée de 84 pour cent en 1990 à 89 pour cent en 2008. Pour les femmes des zones rurales, ces proportions sont de 55 et 66 pour cent, respectivement, ce qui montre que la couverture s'est étendue plus rapidement en milieu rural.



Dans les régions en développement, une femme sur trois seulement reçoit les soins recommandés pendant la grossesse

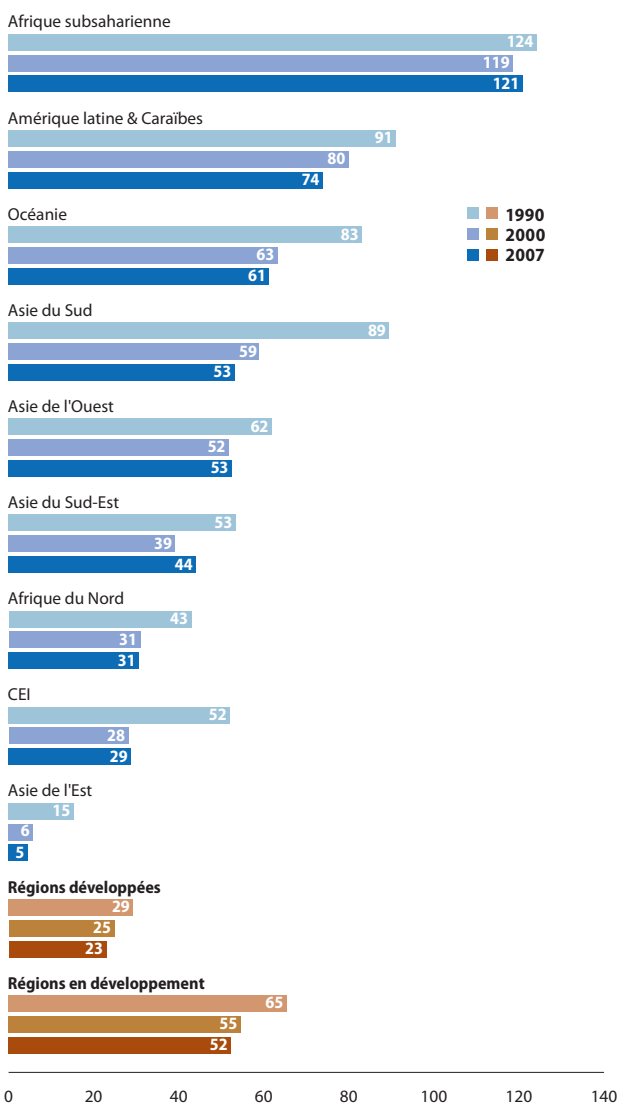
Proportion de femmes examinées quatre fois ou plus pendant leur grossesse, par lieu de résidence, 2003/2008 (Pourcentage)



L'OMS et l'UNICEF recommandent que les femmes consultent un praticien qualifié au moins quatre fois durant leur grossesse. Or, moins de la moitié des femmes enceintes des régions en développement et seulement un tiers des femmes des zones rurales reçoivent ces quatre visites. Parmi les femmes rurales d'Asie du Sud, elles ne sont que 25 pour cent.

La réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes est au point mort, ce qui met plus de jeunes mères en danger

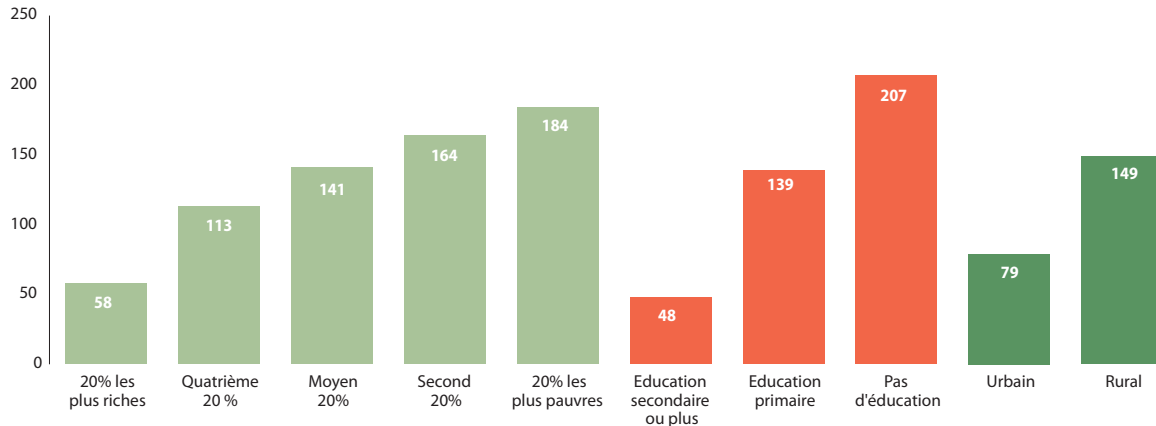
Nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans, 1990, 2000 et 2007



Dans toutes les régions, le taux de naissances chez les adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) a baissé entre 1990 et 2000. Depuis, les progrès ont ralenti et dans certaines régions, on enregistre même une augmentation. L'Afrique subsaharienne, où l'on constate peu de progrès depuis 1990, enregistre le taux le plus élevé de grossesses chez les adolescentes. En général, celles-ci doivent affronter des obstacles bien plus importants que les adultes lorsqu'elles veulent avoir accès à des services de santé relatifs à la procréation.

La pauvreté et le manque d'éducation perpétuent les taux élevés de naissances chez les adolescentes

Taux de naissances chez les adolescentes, par caractéristiques sociodémographiques dans 24 pays d'Afrique subsaharienne, 1998/2008 (Nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans)



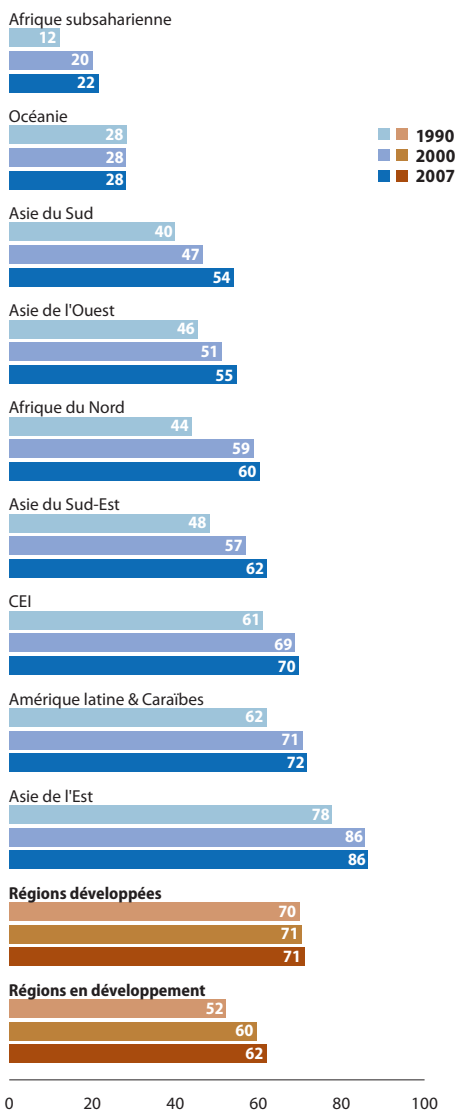
Dans 24 pays d'Afrique subsaharienne, les données montrent que les adolescentes des ménages les plus pauvres ont trois fois plus de chances de tomber enceintes et de donner naissance que celles des ménages les plus riches. Dans les zones rurales, le taux de naissances chez les adolescentes est presque deux fois plus élevé qu'en milieu urbain. Mais les disparités les plus importantes sont liées à l'éducation : les filles qui ont une éducation secondaire courent moins de risque de devenir mère. Le taux de naissances est plus de quatre fois supérieur chez les filles qui n'ont pas eu d'éducation.

Mais le plus inquiétant, c'est l'accroissement de ces disparités au fil du temps. Le taux de naissances chez les adolescentes a diminué dans 18 des 24 pays d'Afrique subsaharienne étudiés. Cependant, dans presque chacun d'eux, le déclin a été le plus important dans les zones urbaines, parmi celles qui avaient eu au moins une éducation secondaire et parmi celles qui venaient des 20 pour cent de ménages les plus riches. Ainsi, au fil du temps, les disparités entre ces groupes et les adolescentes rurales, moins éduquées et plus pauvres se sont accrues, au lieu de diminuer.



Le progrès dans le recours à la contraception chez les femmes ont ralenti

Proportion de femmes utilisant une méthode quelconque de contraception chez les femmes de 15 à 49 ans, mariées ou en union, 1990, 2000 et 2007 (Pourcentage)



Au cours des années 1990, l'utilisation de contraceptifs a augmenté chez les femmes de presque toutes les régions. En 2007, plus de 60 pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union, usaient d'une forme de contraception. Cette moyenne masque deux tendances inquiétantes, cependant : un

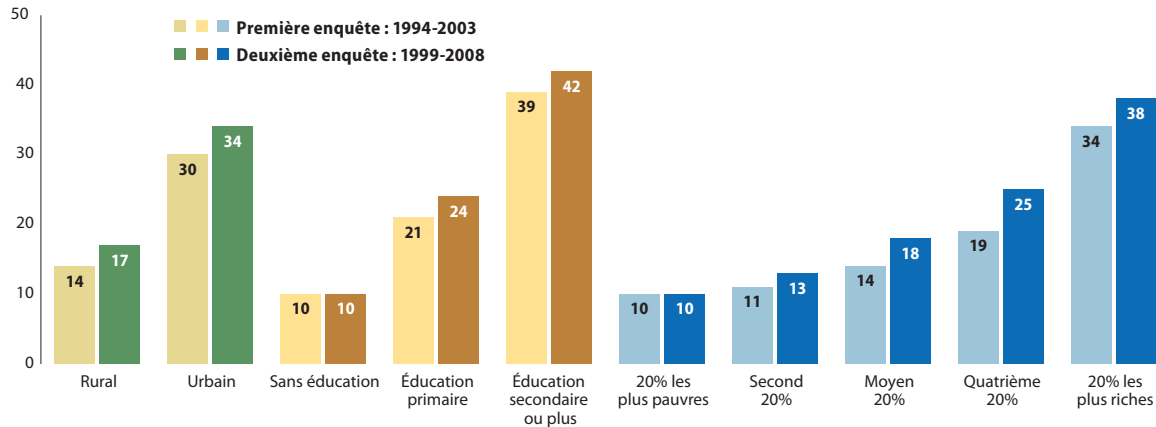
ralentissement considérable des progrès depuis 2000 et un écart grandissant entre les régions. Entre 2000 et 2007, le taux annuel d'augmentation de la prévalence contraceptive était plus bas que pendant les années 1990 dans presque toutes les régions. En outre, la prévalence de la contraception reste très basse en Afrique subsaharienne et en Océanie. Et dans plusieurs sous-régions, des méthodes traditionnelles moins efficaces sont encore largement répandues.

Répondre aux besoins non satisfaits des femmes en matière de planification familiale (c'est-à-dire faciliter l'accès à des contraceptifs modernes pour celles qui désirent repousser ou éviter une grossesse mais qui ne pratiquent aucun type de contraception) pourrait améliorer la santé maternelle et réduire le nombre de décès maternels. Selon des estimations récentes, répondre à ce besoin pourrait déboucher sur une diminution de 27 pour cent de la mortalité maternelle chaque année, rien qu'en faisant passer le nombre annuel de grossesses non désirées de 75 à 22 millions. Empêcher les grossesses rapprochées et les grossesses chez les adolescentes permettrait aussi d'améliorer la santé des femmes et des filles et d'accroître les chances de survie de leurs enfants.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale restent modérés à élevés dans la plupart des régions, surtout en Afrique subsaharienne, où un quart des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou en union, ayant exprimé le désir de prendre des contraceptifs, n'ont pas accès à ceux-ci.

Le recours à la contraception est particulièrement bas chez les femmes les plus pauvres et celles qui n'ont pas reçu d'éducation

Prévalence de la contraception, par caractéristiques sociodémographiques dans 22 pays d'Afrique subsaharienne, enquêtes menées autour de 1994-2003 et 1998-2008 (Pourcentage de femmes utilisant au moins une méthode contraceptive chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union)



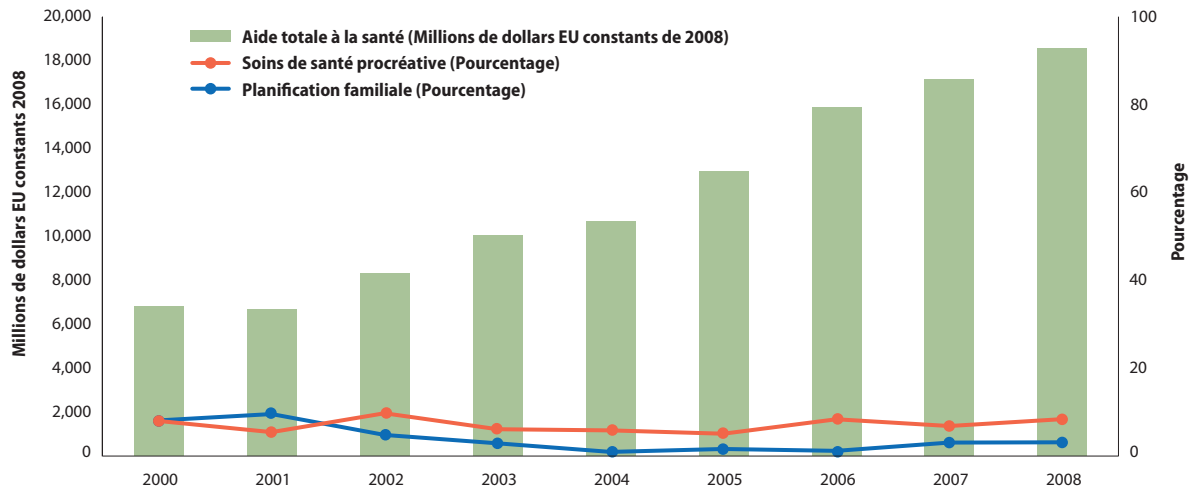
Il reste particulièrement difficile de faire en sorte que les services de planification familiale touchent les femmes pauvres ou celles qui n'ont que peu d'éducation. Des études menées dans 22 pays d'Afrique subsaharienne montrent que le recours aux contraceptifs pour éviter ou retarder une grossesse est particulièrement bas parmi les femmes rurales, parmi celles qui n'ont pas été à l'école et

parmi celles des ménages les plus pauvres. Dans ces pays, l'utilisation des contraceptifs est quatre fois plus élevée chez les femmes ayant une éducation secondaire que parmi celles qui n'ont reçu aucune éducation, et elle est aussi quatre fois plus élevée chez les femmes des ménages les plus riches que chez celles des ménages les plus pauvres. Il n'y a eu pratiquement aucune amélioration au fil du temps en ce qui concerne la prévalence des contraceptifs chez les femmes des ménages les plus pauvres et celles qui n'ont pas d'éducation.



Le financement peu élevé de la planification familiale représente un échec majeur par rapport aux engagements pris pour améliorer la santé procréative des femmes

Aide publique au développement pour la santé, total (en millions de dollars EU constants de 2008) et part allant aux soins de santé procréative et à la planification familiale (Pourcentage) 2000-2008



Pour que même les femmes les plus pauvres et les plus marginalisées puissent décider librement de la date et de l'espacement de leurs grossesses, des politiques ciblées sont nécessaires, ainsi que des interventions disposant de fonds suffisants. Or, les ressources financières pour les services et fournitures de planification familiale ne

suivent pas la demande. L'aide à la planification familiale en pourcentage de l'aide totale a fortement diminué de 2000 à 2008, passant de 8,2 à 3,2 pour cent. L'aide aux services touchant à la procréation a fluctué entre 8,1 et 8,5 pour cent. Le financement extérieur de la planification familiale a baissé au cours des premières années de la décennie, si on le calcule en dollars EU constants de 2008, et il n'est pas encore revenu à son niveau de 2008.

