



**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Afrique**

AFR/RC61/PR/1

5 juillet 2011

**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Soixante et unième session

Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, 29 août – 2 septembre 2011

Point 17.1 de l'ordre du jour provisoire

**RAPPORT DE SITUATION CONCERNANT LA FEUILLE DE ROUTE  
POUR ACCÉLÉRER LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE  
POUR LE DÉVELOPPEMENT RELATIFS À LA SANTÉ  
MATERNELLE ET NÉONATALE EN AFRIQUE**

**Rapport de situation**

**SOMMAIRE**

	<b>Paragraphes</b>
CONTEXTE .....	1 - 4
PROGRÈS RÉALISÉS .....	5 - 11
PROCHAINES ÉTAPES .....	12 - 13

## CONTEXTE

1. Depuis plusieurs années, le taux de mortalité maternelle et néonatale en Afrique est l'un des plus élevés au monde, représentant environ 50 % de tous les décès maternels<sup>1</sup>. Pour atteindre la cible de l'objectif n° 5 du Millénaire pour le développement (OMD 5), qui vise à réduire de trois-quarts, en 2015, le taux de mortalité maternelle par rapport aux niveaux de 1990, des efforts concertés seront nécessaires pour mener à bien les interventions de santé maternelle et néonatale (SMN).

2. Pour relever ce défi, le Comité régional de l'OMS a adopté, à sa cinquante-quatrième session en 2004, la résolution AFR/RC54/R9 intitulée «Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique». Les objectifs de la Feuille de route sont de rendre disponible le personnel de santé qualifié pour assister les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum et de renforcer la capacité des individus, des familles et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

3. Les interventions prioritaires de la Feuille de route susmentionnée visent à améliorer les services de santé pour rendre accessibles et acceptables les soins de santé maternelle et néonatale de qualité, notamment : la planification familiale et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME); le renforcement du système d'orientation-recours; le renforcement des moyens d'action des individus, des familles et des communautés; la promotion de partenariats pour la santé maternelle et néonatale; et le renforcement de la planification de la gestion, du suivi et de l'évaluation des services de santé maternelle et néonatale au niveau des districts.

4. Le présent rapport relate succinctement les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Feuille de route et propose de nouvelles voies d'action.

## PROGRÈS RÉALISÉS

5. En décembre 2010, 43 des 46 pays de la Région africaine avaient établi leur Feuille de route nationale de SMN et inclus les questions de santé maternelle, néonatale et infantile dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté et leurs plans nationaux de développement sanitaire. Trente-cinq pays<sup>2</sup> avaient élaboré des plans opérationnels de SMN au niveau des districts, 35<sup>3</sup> des plans pour le passage à l'échelle de la PTME et 27<sup>4</sup> une stratégie de repositionnement de la planification familiale.

---

<sup>1</sup> Tendances de la mortalité maternelle de 1990 à 2008; Estimations élaborées par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale; OMS, Genève, 2010

<sup>2</sup> Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Togo, Zambie et Zimbabwe

<sup>3</sup> Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe

<sup>4</sup> Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Liberia, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Togo, Sao Tomé & Príncipe, Sierra Leone et Sénégal

6. Pour améliorer la qualité des services de SMN, 28 pays<sup>5</sup> ont introduit les audits des décès maternels; en plus, l'Afrique du Sud, le Liberia, le Malawi et le Rwanda ont désormais rendu la déclaration des décès maternels obligatoire dans les 48 heures. Des pays utilisent les outils révisés de planification et de suivi de l'OMS pour renforcer leurs interventions en SMN. En outre, 12 pays<sup>6</sup> ont utilisé de nouvelles lignes directrices sur les soins essentiels du nouveau-né et les soins néonataux à domicile pour renforcer les capacités des prestataires de soins de santé. De même, 36 pays<sup>7</sup> ont utilisé les nouvelles recommandations de l'OMS de 2010 pour la PTME.

7. Le nombre de pays où plus de 50 % des femmes bénéficient de services dispensés par du personnel qualifié pendant l'accouchement est passé de 24 en 2005 à 28<sup>8</sup> en 2008. Sept de ces pays ont même atteint une couverture supérieure à 80 %. Le pourcentage de femmes enceintes séropositives suivant un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH est passé de 15 % en 2005 à 54 % en 2009. Six pays<sup>9</sup> sont parvenus à une couverture de plus de 80 % de conseil et test du VIH chez les femmes enceintes, tandis que l'Afrique du Sud, le Botswana, la Namibie et le Swaziland ont atteint une couverture antirétrovirale de 80 % des femmes enceintes séropositives.

8. Grâce à des actions de plaidoyer en faveur de la SMN, 15 pays<sup>10</sup> ont éliminé les obstacles financiers aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). De plus, 22 pays<sup>11</sup> ont instauré des journées ou des semaines de la maternité à moindre risque. Tous les États Membres se sont ralliés à la *Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique* (CARMMA) de l'Union africaine. À ce jour, 24 pays<sup>12</sup> ont lancé leur campagne nationale. En outre, à l'occasion de la quinzième session de leur Sommet ordinaire qui s'est tenue en juillet 2010 à Kampala, les chefs d'État et de Gouvernement de l'Union africaine ont pris l'engagement de redoubler d'efforts pour améliorer la situation des femmes et des enfants du continent et atteindre les OMD 4, 5 et 6, y compris par le renforcement de partenariats visant l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH d'ici 2015.

<sup>5</sup> Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé & Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe

<sup>6</sup> Angola, Gabon, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Sierra Leone, Tanzanie et Zambie

<sup>7</sup> Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé & Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe

<sup>8</sup> Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Maurice, Namibie, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé & Príncipe, Sénégal, Swaziland, Togo et Zimbabwe

<sup>9</sup> Afrique du Sud, Botswana, Maurice, Namibie, Sao Tomé & Príncipe, Zambie

<sup>10</sup> Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Niger, Sénégal, Sierra Leone et Tanzanie

<sup>11</sup> Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Madagascar, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Tchad et Zambie

<sup>12</sup> Angola, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe

9. Suite au lancement de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant par le Secrétaire général des Nations Unies, 26 pays<sup>13</sup> de la Région ont renouvelé leur engagement à accélérer la réalisation des OMD 4 et 5 par des actions comme l'augmentation du budget de la santé; l'offre gratuite de soins d'urgence liés à l'accouchement; l'augmentation du nombre d'écoles de formation d'infirmiers et de sages-femmes et du nombre d'inscrits dans ces écoles; l'augmentation de la couverture des services de planification familiale; et le renforcement de l'implication de la communauté dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile.

10. En dépit des engagements et des efforts consentis pour mettre en œuvre la Feuille de route, seuls deux pays, l'Érythrée et la Guinée équatoriale, sont en bonne voie pour atteindre l'OMD 5. Toutefois, 20 pays<sup>14</sup> réalisent des progrès notables vers l'atteinte de cet OMD. 16 pays<sup>15</sup> sont en train de faire la revue à mi-parcours de leur Feuille de route nationale pour identifier les insuffisances et les goulots d'étranglement et y remédier.

11. Dans la Région, les défis en matière de santé maternelle et néonatale sont bien connus. On peut citer : l'accès insuffisant à des soins de SMN de qualité; la répartition inéquitable de services de SMN de qualité; le manque de ressources financières et humaines; la charge morbide très élevée du VIH/sida, du paludisme et d'autres affections; et la faible participation communautaire. Par ailleurs, la faiblesse des systèmes de santé et surtout des systèmes d'information sanitaire fait obstacle à un suivi systématique des progrès réalisés. La prévalence dans la Région d'autres déterminants de la santé comme la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et l'insuffisance des systèmes de communication contribuent à ce que l'accès aux services de SMN ne se fasse pas en temps opportun.

## PROCHAINES ÉTAPES

12. Pour accélérer les progrès vers l'atteinte de l'OMD 5, les pays, avec l'appui de leurs partenaires, devront :

- a) Accélérer la mise en œuvre de la Feuille de route en vue de l'atteinte à tous les niveaux des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé maternelle et néonatale;
- b) Accroître l'accès à des services de qualité par le renforcement des capacités en matière de SMN et de PTME;
- c) Mobiliser et affecter des ressources humaines et financières pour accélérer la mise en œuvre des interventions de SMN essentielles. Ceci présuppose également l'élimination des obstacles financiers sur le lieu de prestation des services;
- d) Intégrer effectivement les programmes de lutte contre le VIH/sida et le paludisme dans les services de SMN;

---

<sup>13</sup> Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Congo, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé & Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe

<sup>14</sup> Algérie, Angola, Bénin, Cap-Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, Rwanda, Togo et Sénégal

<sup>15</sup> Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Guinée-Bissau, Lesotho, Liberia, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad et Zimbabwe

- e) Passer à l'échelle les interventions de PTME pour réaliser l'objectif de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH d'ici 2015;
- f) Renforcer les aptitudes des individus, les femmes, les communautés et d'autres secteurs pour qu'ils puissent participer à la recherche de solutions en vue de couvrir les besoins en matière de santé maternelle et néonatale, notamment les principaux déterminants de la santé chez les populations les plus vulnérables qui en ont le plus besoin;
- g) Instaurer un système de suivi-évaluation fonctionnel et efficace pour suivre les progrès réalisés par rapport aux indicateurs et cibles convenus. Renforcer le système de surveillance des ressources affectées à la santé de la femme et de l'enfant pour s'assurer que plus de fonds sont utilisés au profit de ceux qui en ont le plus besoin;
- h) Renforcer la documentation et les activités de recherche opérationnelle pour générer des bases factuelles sur les interventions, les stratégies et les outils qui sont accessibles et efficaces pour réduire la mortalité maternelle et infantile.

13. Le Comité régional est invité à prendre note des progrès réalisés et à approuver les prochaines étapes.