

Orientations stratégiques pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle dans la Région de la Méditerranée orientale

Cadre régional



Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale

Orientations stratégiques pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle dans la Région de la Méditerranée orientale

Cadre régional



Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale
Le Caire, 2006

© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Distribution et Ventes, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), Tél. : (202) 670 2535, Télécopie : (202) 670 2492/4 ; adresse électronique : DSA@emro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Conseiller régional, Information sanitaire et biomédicale, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +202 276 5400; adresse électronique : HBI@emro.who.int).

Document WHO-EM/WRH/047/F/04.06/500

Imprimé par Fikra Advertising Agency

Sommaire

1. Introduction	5
2. Situation actuelle de la santé maternelle dans la Région	8
2.1 Relation avec les objectifs du Millénaire pour le développement.....	8
2.2 Taux de mortalité maternelle	8
2.3 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	9
3. Causes sous-jacentes de la mortalité maternelle	11
4. Orientations stratégiques pour une grossesse à moindre risque dans la Région.....	15
4.1 Objectif stratégique central.....	15
4.2 Principes directeurs	15
4.3 Actions prioritaires	17
5. Cadre de mise en oeuvre.....	25
5.1 S'appuyer sur les efforts nationaux existants et préserver les bénéfices	25
5.2 Partenariats – une approche participative	26
5.3 Bonnes gestion et planification des programmes.....	27
6. Soutenir l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques : résolutions du Comité régional.....	28
7. Conclusion	30
Annexes	
1. Aide mémoire sur l'initiative pour une grossesse à moindre risque dans la Région de la Méditerranée orientale, 2004.....	31
2. Vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : investir dans la santé maternelle et infantile (EM/RC51/R.4)	33
3. Lectures complémentaires	35

1. Introduction

Selon la Dixième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) la mort maternelle se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ». La réduction de la mortalité maternelle a été approuvée par les pays en tant que cible de développement majeure et elle figure dans les documents de consensus émanant de plusieurs conférences internationales, notamment la Conférence internationale sur la maternité sans risque qui a eu lieu à Nairobi en 1987, le Sommet mondial de l'enfance en 1990, la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994, la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes en 1995, le Sommet du Millénaire en 2000 et la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants en 2002.

Cependant, malgré les efforts et engagements internationaux, les progrès réalisés dans la réduction de la mortalité maternelle dans le monde sont insuffisants à ce jour. Actuellement, plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et à l'accouchement et des millions d'autres tombent malades ou ont des séquelles, voire une incapacité. En outre, on compte chaque année 3,3 millions d'enfants mort-nés, et 4 millions de nouveau-nés ne survivent pas plus de quatre semaines. Ils sont encore plus nombreux à rester handicapés suite à une mauvaise prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. La grande majorité (99 %) des décès maternels surviennent dans les pays en développement. Pas moins de 300 millions de femmes, soit plus d'un quart de toutes les femmes adultes vivant actuellement dans le monde

en développement, souffrent de pathologies de plus ou moins longue durée consécutives à la grossesse et l'accouchement.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, environ 53 000 femmes en âge de procréer meurent chaque année des suites de complications liées à la grossesse. En fait, la Région se situe au deuxième rang après la Région africaine en ce qui concerne le nombre de décès maternels. Ce problème survient dans un contexte où plusieurs pays de la Région souffrent d'une absence de politique nationale et sont confrontés à une instabilité politique, l'insuffisance de ressources financières et humaines, des réglementations restrictives, de mauvaises conditions socio-économiques et la discrimination liée à l'appartenance sexuelle, un accès et un recours limités aux services pour la maternité sans risque, y compris les services de planification familiale, ainsi qu'à la rareté des informations et données relatives à la santé nécessaires pour suivre et évaluer les besoins en santé maternelle et les services de santé dispensés.

La plupart des décès maternels résultent de complications à l'accouchement (par exemple une dystocie grave, une hémorragie et des troubles tensionnels), au début du post-partum (accident septique et hémorragie) ou après un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. Les facteurs le plus souvent à l'origine de ces décès sont l'absence de personnel de santé qualifié pendant la grossesse et l'accouchement, de services capables de dispenser des soins obstétricaux d'urgence et de prendre en charge les complications des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, et l'inefficacité des systèmes d'orientation-recours. La plupart de ces décès maternels sont considérés comme potentiellement évitables. Un meilleur état de santé de la mère, une nutrition adéquate pendant la grossesse, une bonne prise en charge des accouchements et des soins appropriés pour les nouveau-nés peuvent éviter jusqu'à 80 % des décès maternels et jusqu'à 75 % des décès périnataux.

Les efforts actuels dans certains pays de la Région de la Méditerranée orientale restent insuffisants pour atteindre le

cinquième objectif du Millénaire pour le développement relatif à l'amélioration de la santé maternelle. En 2004, le taux moyen de mortalité maternelle était estimé à 370 pour 100 000 naissances vivantes, contre 465 pour 100 000 naissances vivantes en 1990, ce qui représente une réduction de seulement 20 % des décès maternels dans la Région au cours de cette période. Si la tendance actuelle dans la mortalité maternelle se poursuit dans les prochaines années, le taux de mortalité maternelle devrait se situer autour de 300 pour 100 000 naissances vivantes en 2015, alors que la cible définie au titre des objectifs du Millénaire pour le développement est de réduire de trois quarts, par rapport aux chiffres de 1990, le taux de mortalité maternelle (c'est-à-dire passer à 116 pour 100 000 naissances vivantes). Un ferme engagement, des efforts intensifs ainsi que des politiques et stratégies nationales efficaces sont maintenant indispensables pour pouvoir concrétiser cette vision. Ces efforts et plans doivent viser à renforcer les systèmes de santé, étendre la couverture des interventions intégrées efficaces et reconnaître le rôle essentiel des individus, des familles et des communautés pour une grossesse à moindre risque.

Le présent document donne un aperçu de la situation actuelle de la santé maternelle dans la Région de la Méditerranée orientale, y compris les causes sous-jacentes et les facteurs, et décrit les orientations stratégiques visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle dans la Région et à se rapprocher de la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement. (Pour de plus amples informations et quelques définitions à propos de l'Initiative Pour une grossesse à moindre risque, voir Annexe 1).

2. Situation actuelle de la santé maternelle dans la Région

2.1 Relation avec les objectifs du Millénaire pour le développement

En 2000, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Déclaration du Millénaire, dans laquelle huit objectifs de développement – les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) – ont été fixés et devraient être atteints d'ici 2015. Le cinquième objectif porte sur la nécessité d'améliorer la santé maternelle et fixe comme cible de réduire de 75 % d'ici 2015 la mortalité maternelle, par rapport aux niveaux de 1990. Pour cette cible, deux indicateurs ont été retenus pour permettre de suivre l'évolution : le taux de mortalité maternelle et la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. Cet objectif et les cibles qui y sont associées sont étroitement liés aux autres OMD et cibles, notamment ceux de réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans (dont 40 % sont dus à des causes néonatales), de stopper la propagation du VIH/SIDA, de maîtriser le paludisme, de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et de réduire l'extrême pauvreté. Cependant, il est clair que les taux de mortalité maternelle actuels et la tendance à la baisse dans plusieurs États Membres ne permettront pas d'atteindre le cinquième objectif d'amélioration de la santé maternelle ; il est urgent d'accélérer les mesures concertées.

2.2 Taux de mortalité maternelle

En 2004, le taux moyen de mortalité maternelle était estimé à 370 pour 100 000 naissances vivantes, contre 465 pour 100 000 naissances vivantes en 1990, soit une réduction

d'environ 20 % seulement. La cible régionale pour cette période, fixée en 1990 par le Comité régional de la Méditerranée orientale à sa trente-septième session dans la résolution EM/RC37/R.6 était de réduire de 50 % le taux régional de mortalité maternelle entre 1990 et 2000.

Toutefois, les taux de mortalité maternelle varient considérablement entre les pays de la Région. L'Arabie saoudite, les Émirats arabes unis, la Jamahiriya arabe libyenne, le Koweït et Qatar sont parvenus à réduire les taux de mortalité de plus de 75 % par rapport aux niveaux de 1990, avec des taux allant de 0 à 40 pour 100 000 naissances vivantes. D'autres pays, comme Bahreïn, l'Égypte, la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Maroc, la République arabe syrienne et le Yémen ont fait des progrès considérables en réduisant la mortalité maternelle de 50 à 75 % par rapport aux niveaux de 1990, avec des taux de mortalité maternelle allant de 21 à 366 pour 100 000 naissances vivantes. En revanche, la réduction de la mortalité maternelle en Afghanistan, à Djibouti, en Iraq, au Pakistan, en Somalie et au Soudan n'a pas dépassé 30 % des niveaux de 1990, avec des taux de mortalité maternelle allant de 294 pour 100 000 naissances vivantes en Iraq à 1600 en Afghanistan et en Somalie.

2.3 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, les accoucheuses qualifiées sont « des sages-femmes, infirmières, infirmières/sages-femmes ou médecins qualifiés ayant terminé leurs études et qui sont autorisés à exercer ». Il existe de solides raisons médicales pour que les gouvernements investissent dans les accoucheuses qualifiées, notamment pour leur présence au moment de l'accouchement. En effet, la plupart des décès de mères et de nouveau-nés surviennent pendant l'accouchement ou peu après. Environ 80 % des décès maternels sont dus à des complications obstétricales directes (septicémie, hémorragie, éclampsie, dystocie d'obstacle et

fausse couche) dont la plupart pourraient être évitées ou traitées si la mère pouvait bénéficier de l'aide d'une accoucheuse qualifiée avec le soutien nécessaire.

Selon les objectifs du Millénaire pour le développement, 80 % des accouchements devraient être assistés par des accoucheuses qualifiées d'ici 2005, et 90 % d'ici 2015. Toutefois, en 2004, on estimait que seulement 53,3 % des accouchements dans la Région de la Méditerranée orientale étaient assistés par des accoucheuses qualifiées, contre 36 % en 1990, ce qui représente une augmentation de seulement 48 %. Au niveau national, moins de 50 % des accouchements ont été assistés par du personnel de santé qualifié en Afghanistan, au Pakistan, en Somalie et au Yémen, tandis que cet indicateur se situait entre 50 et 80 % à Djibouti, en Égypte, en Iraq, au Maroc et au Soudan.

3. Causes sous-jacentes de la mortalité maternelle

Les principaux facteurs influant sur la situation en matière de santé maternelle sont la sensibilisation de la communauté aux pratiques permettant de sauver des vies durant la grossesse et l'accouchement et aux soins à domicile pour les enfants, l'alphabétisation et l'éducation des femmes, les schémas de fécondité et modes de formation de la famille ainsi que la qualité des systèmes de prestation des soins de santé. Plusieurs obstacles persistent pour l'amélioration de la santé maternelle dans la Région.

- Absence de politique nationale : plusieurs pays de la Région n'ont pas de politique nationale claire relative à la santé maternelle qui reflète une orientation à long terme et assure un engagement durable. En outre, étant donné que les responsables politiques ne sont pas totalement familiarisés avec les OMD, l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement ne s'est pas nécessairement traduite en mesures concrètes visant la réalisation de ces derniers.
- Instabilité politique : depuis de nombreuses années, la Région de la Méditerranée orientale est dévastée par des catastrophes causées par l'homme, notamment des guerres et des conflits civils, qui affectent considérablement la santé de la population dans certains États Membres. Les effets sont entre autres des états d'urgence, l'épuisement des ressources et un faible degré de priorité accordé à certains aspects de la santé.
- Ressources financières limitées : le niveau actuel des dépenses de santé, en particulier dans les pays à faible revenu avec la plus forte mortalité maternelle de la Région, ne suffit pas pour financer les stratégies et actions

nécessaires à la réalisation des OMD. Le problème est aggravé par la baisse de l'aide globale au développement ces dernières années. En raison d'une situation économique difficile et de ressources limitées dans un contexte de besoins urgents et de priorités concurrentes, les budgets alloués aux programmes nationaux de santé et de développement, notamment ceux pour une grossesse à moindre risque, n'étaient pas suffisants. La tendance actuelle à financer des programmes verticaux pour des maladies particulières a radicalement détourné les ressources de la santé maternelle et néonatale. Cette tendance peut mener à un désintérêt vis-à-vis des stratégies intégrées qui visent à renforcer à la fois le système de santé et les capacités des ressources humaines indispensables à la réalisation des OMD.

- Insuffisance des ressources humaines : en raison de la faible qualité de la formation avant l'emploi (de base) et en cours d'emploi et du roulement rapide des prestataires de soins de santé, le système de santé est constamment contraint d'améliorer et de mettre à jour les connaissances et compétences des prestataires de soins de santé. Le manque de personnel qualifié et une mauvaise organisation au niveau périphérique, en particulier dans les zones rurales et éloignées, aggravent le problème. Quand bien même le personnel qualifié ne fait pas défaut, les bas salaires, l'encadrement et les conditions de travail médiocres entraînent une mauvaise performance et le roulement fréquent du personnel.
- Réglementations restrictives : dans certains pays, la législation, la politique et la réglementation peuvent bloquer l'accès aux services, restreindre inutilement le rôle du personnel de santé (par exemple, en interdisant aux sages-femmes d'effectuer des actes salvateurs tels que le retrait du placenta), empêcher d'assurer certains services (comme l'octroi sans ordonnance de certains types de contraceptifs) ou limiter l'importation de certains médicaments et technologies essentiels.

- Accès limité aux services de santé pour une maternité sans risque : la charge de morbidité et de mortalité maternelles est supérieure dans les pays les plus pauvres où les services de santé sont souvent dispersés ou physiquement inaccessibles, manquent de personnel, de ressources et d'équipement, et sont hors de portée des personnes pauvres. Les personnes défavorisées sont souvent confrontées aux obstacles suivants pour accéder aux services de santé : absence de services de qualité, services éloignés, absence de transport d'urgence, absence ou mauvaise qualité des services d'orientation, coût des services et traitement discriminatoire des utilisateurs. Malheureusement, trop souvent, les améliorations des services de santé publics avantagent de façon disproportionnée les personnes les plus aisées.
- Utilisation réduite des services : en raison de taux élevés d'analphabétisme, d'une méconnaissance au sein de la communauté des pratiques salvatrices pour la grossesse et l'accouchement et d'autres facteurs liés à la disponibilité et la qualité des soins de santé dispensés, les services existants pour une maternité sans risque sont peu ou pas utilisés, même lorsqu'ils sont accessibles et abordables. C'est notamment le cas dans les zones rurales et isolées.
- Faibles disponibilité et utilisation des données utiles : les données sur la santé maternelle restent rares dans la plupart des pays de la Région, en raison principalement d'une mauvaise diffusion des informations. Même quand elles sont disponibles, ces données sont de mauvaise qualité ou leur utilisation dans les processus de décision et planification est limité.
- Mauvaises pratiques de planification familiale : les risques pour la santé résultant d'un mauvais espacement des naissances – entraînant des grossesses trop précoces, trop tardives, trop rapprochées et trop nombreuses – sont bien établis. Si l'on pouvait prévenir ce genre de grossesses à risque, on estime que la mortalité maternelle pourrait être

réduite jusqu'à 25 %. Promouvoir la planification familiale chez les femmes mariées est une intervention efficace pour prévenir de nombreux décès évitables chez les mères et les nouveau-nés.

- Mauvaises conditions socio-économiques : pauvreté, analphabétisme et malnutrition sont parmi les principales causes sous-jacentes de la mortalité maternelle. Le taux d'analphabétisme inacceptable chez les femmes dans de nombreux pays de la Région reste élevé, avec une moyenne atteignant 46 % dans toute la Région. La réduction de la pauvreté, l'éducation des femmes et l'éradication de l'analphabétisme, en particulier chez les femmes, sont des facteurs importants pour la protection et la promotion de la santé maternelle.
- Discrimination liée à l'appartenance sexuelle : le statut social inférieur des filles et des femmes influe souvent sur leur état de santé physique et mentale, et les expose davantage aux actes de violence liés au sexe, y compris les mutilations sexuelles féminines. L'absence de pouvoir de décision des femmes en matière de procréation, le peu d'importance accordé à leur santé et l'attitude négative ou moralisatrice des membres de la famille et des prestataires de soins de santé compromettent la santé génésique des femmes en général et la santé maternelle en particulier.

4. Orientations stratégiques pour une grossesse à moindre risque dans la Région

4.1 Objectif stratégique central

L'objectif central de l'Initiative pour une grossesse à moindre risque est de garantir une grossesse et un accouchement sans risque grâce à la disponibilité, l'accès et l'utilisation de soins de qualité dispensés par un personnel qualifié pour toutes les femmes et les nouveau-nés. La priorité consiste à assurer des soins qualifiés pour chaque naissance. Les soins qualifiés en santé maternelle et néonatale font référence au processus permettant à une femme enceinte et à son nouveau-né de recevoir les soins nécessaires qui doivent inclure, outre les soins dans les accouchements normaux (sans complications), un transfert en temps voulu et une prise en charge des complications le cas échéant. La composante essentielle des soins qualifiés est la présence d'agents qualifiés et d'autres professionnels qualifiés dans un environnement approprié avec accès aux fournitures, médicaments de base et services d'urgence nécessaires. Les soins qualifiés doivent être dispensés dans un continuum de soins. Ce continuum va des soins et soutien à domicile, aux soins par un personnel qualifié tout au long de la grossesse, pendant l'accouchement et au cours de la période postnatale, et aux soins nécessaires en cas de complications.

4.2 Principes directeurs

Les valeurs fondamentales et principes opérationnels suivants sont la base des orientations stratégiques efficaces et appropriées.

Valeurs fondamentales

- Droits de l'homme : fondée sur l'approche des droits de l'homme, la stratégie Pour une grossesse à moindre risque défend les droits des femmes et des nouveau-nés à la vie et au plus haut niveau de santé possible.
- Sexes : la stratégie vise à promouvoir l'égalité des sexes comme base des programmes de santé maternelle et néonatale en s'attaquant au statut inférieur des femmes et à la discrimination contre les femmes.
- Équité : les mesures encouragées au sein de la stratégie aspirent à contribuer à la baisse des inégalités dans la Région, avec une attention prioritaire aux groupes défavorisés et démunis.
- Culture : la stratégie vise à améliorer la santé maternelle en travaillant avec les femmes, les familles, les communautés et les responsables politiques par une approche culturelle qui tient compte des dimensions et spécificités socioculturelles de la Région de la Méditerranée orientale.

Principes opérationnels

- Continuum de soins : ce continuum doit se traduire par les meilleurs soins possibles à tous les niveaux du système de santé, du foyer au premier niveau de service puis au niveau le plus élevé, selon les besoins de chaque femme ou nouveau-né. Les soins primaires doivent être étroitement liés à un système d'orientation-recours afin de prendre en charge efficacement les complications mettant la vie en danger.
- Qualité des soins : les normes doivent être respectées afin de prendre en charge efficacement les cas ordinaires ainsi que les complications. Tenir compte des besoins des prestataires et des avis de la communauté, en particulier ceux des femmes, sur la qualité de la prestation de services permet de garantir une meilleure qualité et de renforcer l'accès et l'utilisation.

- Soins de santé primaires intégrés : reconnaissant qu'il est important de réduire les grossesses non désirées et imprévues, la stratégie Pour une grossesse à moindre risque se concentre sur les liens avec les services de planification familiale, les autres services de santé génésique et les autres aspects des soins de santé primaires, dont la prise en charge du paludisme et du VIH le cas échéant.
- Partenariats : il a été démontré que les partenariats entre les gouvernements, la société civile, les groupes professionnels, les organismes internationaux et les groupes de bailleurs de fonds réduisent les taux de mortalité dans divers contextes.
- Bonne gouvernance, paix et sécurité : ces éléments sont des composantes essentielles d'un effort soutenu pour améliorer la santé et la survie des mères et des nouveau-nés et sont particulièrement importants pour la Région de la Méditerranée orientale.

4.3 Actions prioritaires

Obtenir un engagement politique

Une ferme volonté politique est nécessaire pour atteindre l'objectif de soins qualifiés pour l'ensemble des femmes et des nouveau-nés. Par conséquent, il faut élaborer des politiques nationales de santé maternelle qui donnent priorité aux interventions nécessaires pour atteindre les groupes de population les plus nécessiteux, regroupent tous les éléments concernant la santé maternelle en un seul document d'orientation, transfèrent des ressources et puissent servir de référence pour les partenaires afin de permettre d'orienter leur assistance aux pays et réaliser les OMD. Il est indispensable que les gouvernements de la Région établissent cet engagement politique à long terme avec toute une gamme de partenaires. Les dirigeants politiques locaux, les responsables communautaires et les chefs religieux doivent continuer à encourager l'action pour accélérer le mouvement et garantir

un engagement continu au niveau politique et gouvernemental, indispensable à l'affectation de ressources adéquates pour ce problème à long terme.

Une campagne de sensibilisation bien gérée, reposant sur de solides données, sur l'ampleur et les conséquences de la mortalité maternelle et périnatale dans un pays doit également dépasser le cadre des spécialistes travaillant dans le domaine de la santé maternelle et infantile et s'adresser à d'autres parties concernées au sein du gouvernement, aux responsables politiques, chefs religieux, établissements universitaires, associations professionnelles et organisations non gouvernementales, ainsi qu'aux groupes communautaires et groupements de femmes. Les organisations internationales, les organisations non gouvernementales, les groupes locaux et les médias locaux auront un rôle important à jouer pour soutenir les gouvernements dans leurs efforts visant à mobiliser les ressources. L'engagement politique au plus haut niveau, une action conjointe des secteurs concernés comprenant la santé, le développement humain, l'éducation, les finances, le transport ainsi que la législation, sont importants pour une action durable à long terme nécessaire afin de renforcer l'accès à des soins maternels et néonataux de qualité et l'utilisation de ces soins.

Finalement, il est urgent de susciter un engagement politique pour consacrer un pourcentage suffisant du produit intérieur brut à l'élargissement de la disponibilité des services. Le financement d'un système permettant aux pauvres dans un pays d'avoir accès aux soins devrait faire partie de ce processus. Lorsque les ressources nationales ne sont pas suffisantes pour faire face à ces coûts, les pays auront besoin de l'aide des bailleurs de fonds internationaux.

Promouvoir un environnement politique et législatif favorable

Il est important d'élaborer une politique des ressources humaines qui soit globale et tienne compte du contexte spécifique au pays. Elle permettrait de réglementer les questions telles que le droit d'exercer des prestataires de santé et du personnel qualifié et dans quelle mesure chacun peut effectuer certaines interventions. La levée de restrictions

inutiles dans les politiques et réglementations afin de créer un cadre favorable pour assurer des soins qualifiés à toutes les femmes et aux nouveau-nés devrait contribuer sensiblement à améliorer l'accès aux services.

Promouvoir un environnement réglementaire efficace pour assurer la responsabilité des secteurs public et privé permet également de fournir des soins de qualité à l'ensemble de la population. Les lois et les politiques peuvent avoir besoin d'être révisées voire modifiées afin de favoriser un accès universel et équitable aux services ainsi qu'à l'éducation et à l'information en matière de santé génésique. Un environnement favorable pour les soins aux jeunes femmes et filles enceintes et à leur nouveau-né, ainsi que pour les femmes actives, doit être un objectif spécifique.

Il est important de veiller à ce que des réglementations et normes soient en place pour que les médicaments, le matériel et les fournitures nécessaires soient mis à disposition de manière régulière et équitable et soient conformes aux normes de qualité internationales. Ces aspects d'un environnement politique favorable sont importants aux niveaux national, régional et local, et l'intégration des mesures et initiatives politiques aux différents niveaux et dans les différents secteurs peut garantir la coordination et la surveillance d'un cadre réglementaire propice.

Assurer un financement adéquat

Des mécanismes de financement durable doivent être mis en place afin que les actions visant à renforcer le système de santé puissent donner des résultats. L'amélioration du financement de la santé permettrait de réduire la part des paiements directs importants effectués au moment du service, d'accroître la responsabilisation des établissements chargés de gérer l'assurance et la prestation de soins de santé, d'améliorer le regroupement des contributions de santé entre les riches et les pauvres et de collecter de l'argent par des moyens efficaces. Ces mécanismes de financement durable devraient jouer un rôle plus important dans les pays de la Région qui souffrent de pauvreté en offrant une protection financière à ceux qui en ont le plus besoin.

Des systèmes appropriés offrant une assurance et une protection sociale de base pour tous peuvent être conçus en fonction des contextes nationaux. Au cœur des modèles de financement se trouve la mobilisation des sources de financement qui ne proviennent pas des charges directes, comprenant les impôts et taxes spéciales, les cotisations de sécurité sociale, les primes des assurances privées et le prépaiement dans le cadre d'un régime d'assurance communautaire. Les éléments nouveaux doivent être surveillés afin d'évaluer l'efficacité de ces modèles pour augmenter l'utilisation des services et mettre les services à portée des pauvres. Les réformes du secteur de la santé, les approches sectorielles et la mise en place d'autres mécanismes de financement tels que les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, le partage des coûts et le soutien budgétaire direct devraient également être suivis pour veiller à ce qu'ils profitent aux pauvres et autres groupes marginalisés et qu'ils contribuent à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale.

Renforcer la prestation de soins de santé

La santé maternelle doit être incorporée dans un ensemble intégré et complet de soins de santé primaires destinés à l'ensemble de la population. Afin d'atteindre ces objectifs de soins de santé primaires, les soins de santé pour les femmes et les nouveau-nés doivent être étayés par des programmes de santé génésique, comme la planification familiale, et étroitement liés à d'autres composantes clés des soins de santé primaires, comme la prévention et le traitement du paludisme, lorsque c'est nécessaire.

Pour renforcer la prestation de soins de santé et créer des systèmes opérationnels, un personnel efficace, qualifié et bien formé est indispensable. Le système de santé a besoin d'une politique globale des ressources humaines capable de gérer les différents personnels, les questions comme la pénurie et l'exode de ressources humaines, l'affectation et la motivation, qui pèsent sur les services de santé dans plusieurs endroits de la Région. Le système de santé doit compter un nombre suffisant d'agents qualifiés pour dispenser les services

essentiels à chaque niveau de soins, notamment des sages-femmes, des médecins, des infirmières et du personnel médical spécialisé ainsi que des administrateurs et professionnels analogues. Les ressources humaines existantes peuvent être maximisées en améliorant la gestion et en renforçant les compétences et capacités. Un moyen d'aborder ce dernier point pour les États Membres consiste à introduire les lignes directrices de l'OMS relatives à la santé maternelle adaptées dans les programmes d'enseignement officiels des écoles de médecine et disciplines paramédicales, pour améliorer la qualité de l'enseignement et garantir la durabilité des interventions efficaces. L'effectif de personnel qualifié peut être développé par la formation et le recrutement de nouveaux agents et par une collaboration avec le secteur de l'éducation pour veiller à ce qu'il y ait suffisamment de nouveaux candidats. Le personnel qualifié devra être affecté dans les zones où le besoin se fait le plus ressentir, par exemple dans les zones reculées où les femmes n'ont actuellement pas accès aux soins qualifiés. Le continuum de soins nécessite également un système d'orientation-recours opérationnel pour la prise en charge des complications liées à la grossesse dans les situations d'urgence.

Garantir le fonctionnement des environnements favorables dans lesquels le personnel qualifié peut dispenser efficacement des soins est une partie essentielle du renforcement du système de santé. Afin que les femmes et les nouveau-nés puissent avoir accès à des soins qualifiés à tout moment, en particulier dans les situations d'urgence et les périodes de conflits, le matériel, les médicaments et les fournitures nécessaires doivent être en place dans un système bien géré. La planification des systèmes nécessite la création d'un ensemble essentiel d'interventions reposant sur des bases factuelles comprenant la prestation de soins qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum et pour le nouveau-né, ainsi que des services de planification familiale, des soins post-avortement et, lorsque c'est légal, des services d'avortement. Pour garantir la qualité des services, des normes fondées sur des données factuelles peuvent être établies et appliquées pour les soins. Les responsables de la planification décentralisée associée à la réforme du secteur de

la santé doivent veiller tout particulièrement à permettre l'adoption des bonnes pratiques à l'échelle du système.

Autonomisation des femmes, des familles et des communautés

Plusieurs stratégies sont nécessaires pour travailler efficacement avec les femmes, leurs famille et communauté afin de renforcer leurs capacités à dispenser des soins appropriés à la maison, à prendre de bonnes décisions et agir en fonction de ces décisions, y compris la décision de chercher des soins à d'autres niveaux du continuum quand c'est nécessaire, et à assumer leur rôle important de partenaire pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Les stratégies d'éducation, d'action communautaire, de partenariats, de renforcement institutionnel et de promotion locale ont été définies, tout comme les interventions clés pour contribuer à donner davantage d'autonomie aux femmes, aux familles et aux communautés afin de renforcer leur contrôle sur la santé maternelle et néonatale, et d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité et l'utilisation de ceux-ci. Les domaines d'intervention et stratégies choisis dépendront au final de la situation locale, du contexte et des ressources disponibles.

La sensibilisation de la communauté aux pratiques pouvant sauver des vies dans la santé maternelle et néonatale par le biais de messages communautaires peut prendre différentes formes. Par exemple, quelques mesures peuvent améliorer de façon radicale la santé maternelle et néonatale : informer les femmes et leur famille sur les risques potentiels pendant la grossesse et l'accouchement et les mesures à prendre en cas de signes de danger identifiés, repérer à un stade précoce les mères et les nouveau-nés avec des complications et les orienter rapidement vers des soins médicaux appropriés et enfin inciter efficacement les femmes et leur famille à se plier à ces orientations.

Afin de développer ces capacités, les interventions d'éducation sanitaire et les liens avec le secteur de l'éducation doivent être renforcés. Il est possible de définir et mettre en place des interventions et actions participatives efficaces pour travailler avec les femmes, leurs famille et communauté afin

d'améliorer la santé. Il faut établir des partenariats entre la prestation de services de santé et la communauté pour répondre aux besoins en matière de santé maternelle et néonatale et accroître le recours aux soins. Cela sera facilité en améliorant les processus de planification sanitaire qui comprennent des groupes communautaires et des mouvements associatifs de femmes ainsi que d'autres partenaires importants et en établissant des mécanismes d'amélioration de la qualité qui tiennent compte des points de vue des femmes et des communautés. Finalement, les capacités des services de santé à interagir avec la communauté doivent être renforcées, en incluant les compétences interculturelles et interpersonnelles des agents de santé, tout comme les capacités des groupes communautaires pour travailler avec les services de santé.

Renforcer le suivi et l'évaluation pour une meilleure prise de décision

Un suivi et une évaluation efficaces sont indispensables à l'amélioration des programmes et services. Ce suivi est également un outil puissant pour la sensibilisation et peut galvaniser l'engagement politique pour améliorer la santé et la survie des mères et des nouveau-nés. Améliorer le suivi des décès maternels et néonataux est une priorité, en particulier dans les États Membres où l'enregistrement à l'état civil est incomplet. Les méthodes doivent être adaptées aux contextes des pays, mais les audits dans les services, les études spéciales pour les femmes en âge de procréer, les autopsies verbales et même les questions spéciales administrées dans le cadre du recensement ont toutes été et peuvent être utilisées avec succès. Toutefois, l'objectif final doit être le renforcement de l'enregistrement à l'état civil et l'amélioration des systèmes d'information pour la gestion sanitaire dans les pays. Ces systèmes peuvent être efficacement liés aux registres de maternité dans les établissements et peuvent être la base d'une prise de décision efficace et adaptée à tous les niveaux. Cela permettrait de reconnaître les caractéristiques épidémiologiques et les tendances de morbidité et mortalité maternelles, afin d'identifier les interventions appropriées qui répondent aux besoins réels dans la communauté.

Le suivi des indicateurs de processus, notamment par rapport à l'utilisation et la qualité des services et la couverture par des accoucheuses qualifiées, est également important pour la politique. Il faut évaluer les programmes et diffuser les résultats, en particulier lors de l'accélération des efforts pour améliorer la santé, afin de pouvoir tirer des leçons plus stratégiques pour l'avenir. Il est nécessaire de faire des efforts particuliers pour utiliser au maximum les sources d'information existantes et maximiser les opérations de collecte de données en cours. Cela implique le développement d'une expertise statistique à tous les niveaux et la diffusion régulière d'indicateurs, d'analyses et d'évaluations de la qualité des données concernant la santé, la survie et les soins maternels et néonataux. Les récents progrès dans l'estimation de la situation de fortune doivent également être appliqués aussi largement que possible pour faciliter le suivi des améliorations chez les pauvres et autres sous-groupes, lorsque les données le permettent.

5. Cadre de mise en œuvre

La mise en œuvre des actions prioritaires décrites dans la section 4.3 dépendra des contextes nationaux. Les questions clés suivantes pour la mise en œuvre visent à aider à établir une hiérarchie entre les éléments stratégiques dans les pays.

5.1 S'appuyer sur les efforts nationaux existants et préserver les bénéfices

Il est indispensable de s'appuyer sur les efforts nationaux existants et renforcer les processus, structures et systèmes pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du programme national pour une maternité sans risque. Les bénéfices durement acquis doivent être préservés et les processus nationaux respectés. De toute évidence, toutes les activités de la stratégie risquent de ne pas pouvoir être mises en œuvre de façon simultanée ou identique dans l'ensemble du pays. Les actions prioritaires peuvent être introduites et renforcées à des rythmes différents et de diverses façons en fonction des besoins locaux et des ressources disponibles. Le plan d'action doit permettre une prise de décision locale, l'établissement de l'ordre de priorité et des adaptations pour répondre aux besoins particuliers d'un district ou d'une région. Les étapes suivantes peuvent être suivies dans le cadre du processus :

- examiner l'orientation, les forces et les faiblesses des efforts actuels pour une grossesse et un accouchement à moindre risque, en termes de couverture et de qualité des soins qualifiés, les obstacles à l'accès et l'utilisation, et les forces et faiblesses des différents niveaux du continuum de soins, puis élaborer et mettre en œuvre des plans pour agir sur ces problèmes ;

- examiner le plan d'action national et estimer les fonds nécessaires, en fonction des politiques nationales et de l'évaluation des besoins et se concentrer sur le renforcement du système de santé, avec une hiérarchisation claire des activités ;
- les activités fondamentales comprendront l'augmentation des capacités de formation aux niveaux local et national, l'amélioration des capacités de planification, de programmation et de gestion au niveau du district et aux autres niveaux, et la révision des réglementations et directives relatives aux agents de santé, à leur statut et leur affectation.

5.2 Partenariats – une approche participative

Un ferme engagement politique et des partenariats stratégiques à tous les niveaux sont indispensables pour obtenir la collaboration intersectorielle nécessaire. Tous les partenaires aux niveaux local et national, comprenant les prestataires privés et publics, tous les programmes liés et ainsi que les représentants des groupes communautaires et groupements de femmes, doivent être activement impliqués à un stade très précoce pour définir les priorités, évaluer les besoins, élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes et plans de santé maternelle et néonatale. L'implication d'autres ministères, notamment ceux de l'éducation, des finances, des transports, de la protection sociale et de la condition féminine, etc., est indispensable. En outre, travailler étroitement avec les organisations non gouvernementales et le secteur privé de façon systématique et réglementée permettrait d'exploiter les ressources, qu'elles soient financières, humaines ou logistiques, et de renforcer et réglementer la participation de deux secteurs qui jouent un rôle de plus en plus important pour déterminer la santé des populations de la Région. Des efforts collectifs avec d'autres programmes et initiatives de santé publique importants devraient être systématiquement envisagés et établis.

5.3 Bonnes gestion et planification des programmes

Il faut créer un groupe spécial ou comité multidisciplinaire national de haut niveau chargé de prendre des mesures et d'influer sur le changement d'orientation, ainsi que de coordonner et superviser tous les efforts des partenaires. Les actions prises par ce groupe spécial doivent être étayées par les plus solides éléments d'information disponibles. Les efforts doivent se concentrer sur l'identification des composantes qui doivent être renforcées dans le système de santé pour établir le continuum de soins. Il faut encourager les interventions reposant sur des bases factuelles et établir des normes nationales ou réviser les normes nationales existantes pour l'ensemble intégré essentiel, en définissant clairement la hiérarchie des responsabilités ainsi que la communication d'informations et le suivi des progrès.

6. Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des politiques : résolutions du Comité régional

Depuis la Conférence de Nairobi en 1987, le Bureau régional a adopté l'Initiative pour une maternité sans risque en tant que stratégie prioritaire pour la protection et la promotion de la santé maternelle dans les pays de la Région. Suite à cela, le Bureau régional a milité pour que les mesures nécessaires soient prises afin de mettre en œuvre la Stratégie dans la Région. En 1988, le Comité régional de la Méditerranée orientale a examiné la question et « noté avec préoccupation le taux élevé de mortalité maternelle et infantile dans certains pays de la Région » et a adopté la résolution EM/RC35/R.9 « Mortalité maternelle et infantile dans la Région de la Méditerranée orientale – implications socio-économiques et nécessité urgente de mesures ». En 1990, le Comité régional a adopté la résolution EM/RC37/R.6, qui demandait à tous les pays de la Région de chercher à réduire la mortalité maternelle de 50 % d'ici l'an 2000 et d'adopter toutes les mesures possibles pour atteindre cet objectif. Deux approches ont été déterminées dans cette résolution pour améliorer la santé maternelle, à savoir la présence d'une accoucheuse qualifiée dans chaque village et chaque quartier urbain et le renforcement du soutien technique fourni aux États Membres pour atteindre les objectifs de la maternité sans risque.

Dans les années 1990, le Bureau régional a placé l'Initiative pour une maternité sans risque et ses programmes et activités ultérieurs à un niveau élevé sur l'échelle des priorités parmi les programmes de santé génésique. Par la suite, des progrès importants ont été accomplis et les indicateurs concernant la prestation des soins de santé maternels se sont considérablement améliorés. Toutefois, les progrès dans certains pays sont relativement lents et les indicateurs sur la

santé maternelle ont continué à ne pas répondre aux objectifs mondiaux.

Le lancement de l'Initiative de l'OMS « Pour une grossesse à moindre risque » en 2000 a constitué une étape importante vers la réduction de la morbidité maternelle et néonatale dans les États Membres. L'Initiative a tout d'abord été appliquée au Soudan ; depuis lors, 11 autres pays ont commencé à prendre les mesures nécessaires pour mettre en oeuvre cette stratégie en collaboration avec le Bureau régional : Afghanistan, Djibouti, République islamique d'Iran, Iraq, Maroc, Pakistan, Qatar, Somalie, République arabe syrienne, Tunisie et Yémen. Une attention particulière a été accordée aux pays où la mortalité maternelle est élevée.

En octobre 2004, notant avec préoccupation les taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans certains pays de la Région qui empêchent d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et entravent le développement humain et socio-économique de ces pays, le Comité régional de la Méditerranée orientale, à sa cinquante et unième session, a adopté la résolution EM/RC51/R.4 (Annexe 2) qui portait sur la réalisation des OMD en investissant dans la santé maternelle et infantile. Cette résolution invitait instamment les États Membres à réexaminer leurs politiques et stratégies nationales, développer les progrès accomplis et s'appuyer sur ceux-ci, renforcer les systèmes de surveillance nationaux et adopter des interventions reposant sur des bases factuelles, établir des comités nationaux sur la mortalité maternelle pour analyser et surveiller les décès maternels, et incorporer les approches de santé maternelle dans les programmes d'enseignement officiel des écoles de médecine et sciences paramédicales. En outre, la résolution demandait au Bureau régional de soutenir davantage le renforcement des interventions efficaces, d'aider les États Membres à procéder à une évaluation approfondie de la mortalité maternelle et de faire rapport périodiquement au Comité régional sur les progrès réalisés dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

7. Conclusion

Trop de femmes dans la Région souffrent et meurent des suites d'une grossesse. La plupart de ces décès sont potentiellement évitables. Nous savons maintenant ce que nous pouvons faire pour éviter ces décès. Des dizaines de milliers de mères dans la Région de la Méditerranée orientale pourraient être sauvées en utilisant les connaissances et l'expérience que nous avons aujourd'hui. Le problème consiste à traduire les connaissances et l'expérience en mesures concrètes. Cela nécessite l'engagement des États Membres, qui ont actuellement une occasion unique d'accélérer la réduction de la mortalité infantile, avec le soutien de l'OMS et d'autres partenaires concernés. Il nous reste à conjuguer nos efforts et joindre nos forces dans une action coordonnée pour réduire la mortalité infantile et faire de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement une réalité.

Annexe 1

Aide mémoire sur l'initiative pour une grossesse à moindre risque dans la Région de la Méditerranée orientale, 2004

Indicateur	Taux
1. Femmes enceintes soignées au moins une fois pendant leur grossesse par un personnel qualifié (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles formées ou non) pour des raisons liées à la grossesse.	60,3 %
2. Accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles formées ou non) : les accoucheuses qualifiées sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé comme des « sages-femmes, infirmières, infirmières/sages-femmes ou médecins qualifiés ayant terminé leurs études et qui sont autorisés à exercer ».	53,3 %
3. Proportion des césariennes par rapport à la totalité des accouchements : nombre de césariennes pour 100 accouchements réalisés dans des établissements de santé gérés par les secteurs public, privé et non gouvernemental.	17,4 %
4. Femmes mariées en âge de procréer (15-49 ans) utilisant un moyen de contraception.	40,5 %
5. Femmes enceintes souffrant d'anémie (soumises à des tests pendant la grossesse pour déterminer les taux d'hémoglobine) avec des taux d'hémoglobine inférieurs à 110 g/L.	40,9 %
6. Indice synthétique de fécondité : nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfant correspondant au taux de fécondité pour cet âge.	4,0
7. Taux de mortalité maternelle : nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.	370

- | | |
|--|--------|
| 8. Taux de mortalité néonatale : nombre de décès d'enfants nés vivants, survenant pendant la période qui va de la naissance jusqu'à 28 jours complets après la naissance, pour 1000 naissances vivantes. | 32,7 |
| 9. Pourcentage de faible poids de naissance : naissances vivantes de bébés pesant moins de 2500 g. | 18,7 % |

Annexe 2

Vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : investir dans la santé maternelle et infantile (EM/RC51/R.4)

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique Vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement : investir dans la santé maternelle et infantile ;

Rappelant la résolution WHA 55.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé, la contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, qui reconnaissait que « la santé et le développement des mères, enfants et adolescents ont un impact majeur sur le développement socio-économique » et qui priait instamment les États Membres de les promouvoir en tant que priorités de santé publique, et la résolution WHA 57.12, Santé génésique : projet de stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international ;

Rappelant ses résolutions EM/RC35/R.9, Mortalité maternelle et infantile dans la Région de la Méditerranée orientale : implications socio-économiques et nécessité urgente de mesures, EM/RC37/R.6, qui demandait aux États Membres de chercher à réduire la mortalité infantile de 50 % d'ici l'an 2000, et EM/RC50/R.14 qui invitait instamment les États Membres à adopter des politiques nationales sur la santé de l'enfant et des approches intégrées pour des environnements sains pour les enfants ;

Fermement convaincu que les mères et les enfants sont l'avenir du développement des pays dans la région, et que, par conséquent, investir dans la santé maternelle et infantile devrait rester une priorité ;

Notant avec préoccupation les taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans certains pays de la Région qui empêchent d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, et entravent le développement humain et socio-économique de ces pays ;

1. SE FÉLICITE des mesures déjà prises par le Directeur régional pour aider les États Membres à mettre en place des interventions efficaces pour la santé maternelle et infantile dans la Région de la Méditerranée orientale ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres qui n'ont pas encore atteint les cibles établies par les objectifs du Millénaire pour le développement relatives à l'amélioration de la santé maternelle et infantile à :
 - 2.1 élaborer des documents d'orientation et des stratégies sur la santé maternelle et infantile pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ;
 - 2.2 renforcer les résultats déjà obtenus par les États Membres en appliquant les interventions efficaces de la Stratégie de la prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME) et l'Initiative Pour une grossesse à moindre risque et en assurant la présence d'une accoucheuse/sage-femme qualifiée par village ;
 - 2.3 renforcer les systèmes de surveillance existants pour identifier les tendances en matière de mortalité et morbidité chez les enfants et les mères et adopter des interventions reposant sur des bases factuelles, notamment des interventions communautaires ;
 - 2.4 créer un comité national sur la mortalité maternelle chargé d'étudier et de surveiller les décès maternels dans le pays ;
 - 2.5 intégrer les approches de santé publique liées à la santé maternelle et infantile dans les programmes d'enseignement officiels des écoles de médecine et disciplines paramédicales.

3. PRIE le Directeur régional :
 - 3.1 de continuer à renforcer les interventions efficaces, afin d'améliorer la santé maternelle et infantile dans la Région de la Méditerranée orientale et aider les États Membres à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ;
 - 3.2 d'aider les États Membres à procéder à une évaluation approfondie de la mortalité infantile ;
 - 3.3 d'organiser une consultation d'experts régionaux pour conseiller sur l'introduction de nouveaux vaccins ;
 - 3.4 de faire rapport périodiquement au Comité régional des progrès effectués vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et infantile.

Annexe 3

Lectures complémentaires

About the Millennium Development Goals. New York, The World Bank Group. Available at

http://www.developmentgoals.org/About_the_goals.htm.

Demographic and health indicators of the Eastern Mediterranean 2002/2003. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.

Global MPS Strategy: Making Pregnancy Safer—Strategic directions for the accelerated reduction of maternal and perinatal mortality and morbidity, MPS/WHO 2004–2015.

Global monitoring and evaluation: skilled attendant at delivery—2001 estimates.

Geneva, World Health Organization. Available at

http://www.who.int/reproductivehealth/global_monitoring/data_regions.html.

Hafez G. Maternal mortality: a neglected and socially unjustifiable tragedy. *Eastern Mediterranean health journal*, 1998, 4:7–10.

Health benefits of family planning. Geneva, World Health Organization, 1995.

Making Pregnancy Safer: WHO's flagship programme to improve the lives of women and their newborns. Geneva, World Health Organization, 2003.

Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2001. Available at

http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_9_maternal-mortality-estimates/index.en.html

Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2000. Available at:

http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/

Mortalité maternelle (JMS 98.1). Journée mondiale de la Santé : maternité sans risque 7 avril 1998. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004

Report of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean. 35th session. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1988.

Report of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean. 37th session. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1990.

Report of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean. 50th session. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.

Report of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean. 51st session. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2004.

Reporting on the Millennium Development Goals at the country level: guidance note. New York, United Nations Development Group, October 2001.

The Millennium Development Goals: the global challenge: goals and targets. New York, UNDP. Available at <http://www.undp.org/mdg/>

Victoria CG. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 2003, 362:333–41.

Rapport sur la santé dans le monde, 2003 : façonner l'avenir. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.