

Pourquoi investir dans la santé des nouveau-nés ?

Perspectives de politique générale sur la santé du nouveau-né

Par Nancy V. Yinger et Elizabeth I. Ransom

Nous devons porter un plus grand intérêt aux enfants les plus vulnérables : les nouveau-nés. De nombreuses conditions, qui entraînent le décès d'un nouveau-né, peuvent être facilement évitées ou traitées. Nous avons besoin d'une approche combinée qui prenne en compte à la fois la mère et son bébé pendant la grossesse, de personnel ayant les connaissances et les compétences nécessaires pour assister la mère pendant l'accouchement et apporter des soins efficaces, tant à la mère qu'à l'enfant, après la naissance.

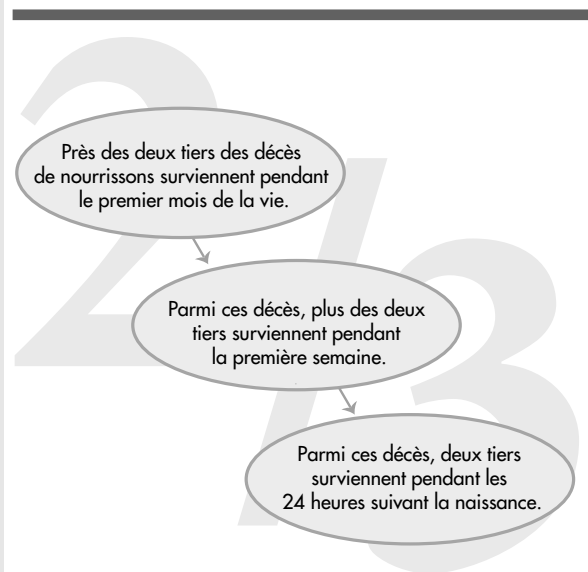
—Gro Harlem Brundtland, directeur général,
Organisation mondiale de la Santé¹

La survie des nouveau-nés dépend des soins que nous fournissons. Des conventions internationales ont affirmé l'engagement du monde à améliorer la santé des nouveau-nés et des évaluations mondiales récentes ont confirmé l'utilité économique et sociale de telles actions.

Mais la santé des nouveau-nés reçoit souvent une attention insuffisante. Bien que des programmes de survie des enfants aient contribué à réduire le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans au cours des 25 dernières années, leur impact s'est traduit principalement par la réduction de la mortalité occasionnée par les maladies affectant les nourrissons et les enfants de plus d'un mois. En conséquence, la vaste majorité des décès de nourrissons se produisent pendant la période néonatale (premier mois de la vie), lorsque le risque de décès d'un enfant est près de 15 fois plus grand que pendant le reste de la première année de vie (voir Figure 1)². Près de 12 000 nouveau-nés sur les 350 000 qui naissent chaque jour meurent au cours du premier

Figure 1

La « règle des deux tiers »



SOURCE : J. Lawn et al., *The healthy newborn : a reference manual for program managers* (Le nouveau-né en bonne santé : manuel de référence à l'intention des directeurs de programme) (2001).

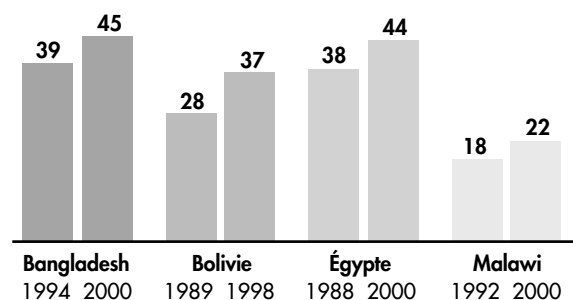
mois de la vie – période néonatale – et 98 % de ces décès surviennent dans les pays en développement. Plus de quatre millions de nouveau-nés meurent chaque année et presque autant d'enfants sont mort-nés. Bien que la santé des nouveau-nés soit étroitement liée à celle de leur mère, les nouveau-nés éprouvent des besoins spécifiques qui doivent être pris en compte dans le contexte des services de protection de la santé de la mère et de l'enfant³.

Des millions de décès de nouveau-nés pourraient être évités si de plus grandes ressources étaient investies dans des interventions confirmées peu coûteuses destinées à répondre

Figure 2

Part croissante de la mortalité néonatale sur l'ensemble de la mortalité infantile, pays sélectionnés

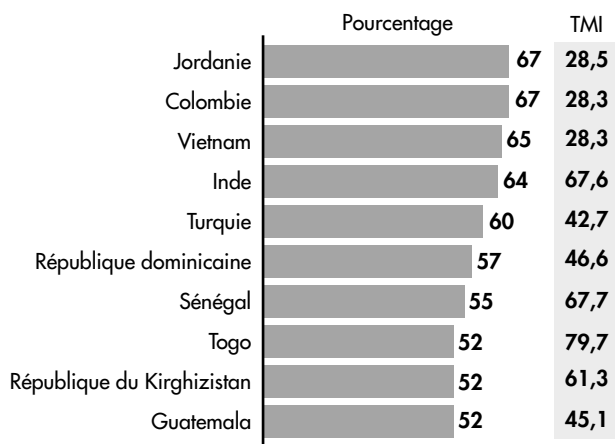
Taux de mortalité néonatale en tant que pourcentage des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans



SOURCE : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé.

Figure 3

Part de la mortalité néonatale sur l'ensemble de la mortalité infantile, pays sélectionnés



NOTE : TMI = taux de mortalité infantile

SOURCE : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé (1995-99).

aux besoins des nouveau-nés. Cependant, la mobilisation de ces ressources peut s'avérer une tâche formidable étant donné que les autorités responsables se heurtent à des difficultés constantes sur les décisions d'allocation de ces ressources rares. Cette présentation met en vedette deux raisons justificatives incontes-

tables d'investir dans les services de santé néonatale : cet investissement est la clé à la réalisation des objectifs en matière de développement et de santé et s'inscrit dans la protection des droits humains des nouveau-nés.

Première raison justificative : l'investissement dans la santé et la survie des nouveau-nés contribue à la réalisation des objectifs de développement et de santé

La communauté internationale a confirmé ses engagements, tant dans les Objectifs de développement pour le millénaire qu'à la Session extraordinaire sur les enfants, à poursuivre la lancée des dernières décennies pour continuer à réduire la mortalité infantile et néonatale⁴. Néanmoins, les réductions de la mortalité infantile n'ont pas affecté de la même façon les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants. Dans de nombreux pays, la mortalité infantile a baissé dans son ensemble mais la mortalité des nouveau-nés n'a pas diminué dans les mêmes proportions. Par exemple, en Bolivie, le taux de mortalité infantile a chuté de 29 % entre 1989 et 1998, mais le taux de mortalité néonatale du pays n'a baissé que de 7 % ; en Égypte, le taux de mortalité infantile a reculé de 47 % entre 1988 et 2000, mais le taux de mortalité néonatale n'a diminué que de 37 %. La mortalité néonatale représente donc une proportion croissante de la mortalité infantile dans les deux pays (voir Figure 2). En moyenne, la mortalité néonatale constitue 40 % de la mortalité infantile dans les pays en développement.

Les Objectifs de développement et de santé prennent en compte les indicateurs nécessaires pour assurer le développement socio-économique, mais les lents progrès de la baisse de la mortalité néonatale entravent la réalisation de ces buts. Les experts en santé de l'enfant prédisent que les Objectifs de développement et de santé visant à réduire des deux tiers la mortalité des enfants en dessous de cinq ans ne peuvent pas être atteints sans

réduire au moins de moitié la mortalité néonatale, ce qui nécessitera de privilégier des mesures économiques et confirmées pour sauver la vie des nouveau-nés⁵. Le défi à relever est particulièrement important dans les pays où les enfants mort-nés représentent au moins 50 % de la mortalité néonatale ; ces pays peuvent enregistrer des taux de mortalité infantile relativement élevés, comme le Togo, ou des taux de mortalité infantile relativement faibles, comme le Vietnam (voir Figure 3).

Si une bonne santé est clairement un objectif à poursuivre pour les individus et les familles, l'engagement d'investissements dans la santé pour améliorer le développement socioéconomique dans son ensemble est une question qui fait l'objet de débats. En l'an 2000, dans le cadre du processus d'élaboration et d'exécution des Objectifs de développement et de santé, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a créé la Commission sur la macroéconomie et la santé afin de passer en revue les recherches sur le rôle de la santé dans le développement. Le rapport de la Commission, qui présente un ample examen de l'importance de la santé dans le processus du développement, mentionne en particulier les conditions périnatales – celles qui affectent les fœtus de 22 semaines au moins et les nouveau-nés pendant la première semaine après la naissance – dans sa liste des maladies évitables, notant que les maladies périnatales s'accompagnent de conséquences pour le reste de la vie⁶. Par exemple, presque un quart des nouveau-nés, dans les pays en développement, souffre déjà au commencement de la vie d'un ralentissement de la croissance dans l'utérus, condition déterminée en grande partie par les conditions de nutrition de la mère⁷. Le ralentissement de la croissance dans l'utérus prédispose les nourrissons d'un poids insuffisant à la naissance et entraîne des conséquences, telles qu'un risque de décès prématuré plus élevé, l'apparition de problèmes de développement, comme les difficultés de concentration, et un

fardeau beaucoup plus lourd de maladies pendant la durée de la vie.

La réduction de la mortalité prénatale est également un élément important de la transition des taux élevés de fécondité et de mortalité à des taux faibles au sein de la population et à des taux de croissance démographique qui soient soutenables. Autrefois, les familles avaient tendance à ne pas limiter leur nombre d'enfants ; puis, lorsque le taux de mortalité infantile a commencé à baisser, elles ont acquis une plus grande confiance dans la survie de leurs enfants. Les interventions visant à réduire la mortalité infantile et néonatale peuvent contribuer à la réduction du taux de fécondité dans son ensemble, élément clé de la transition à une population d'une taille plus soutenable.

Les coûts des maladies et décès néonataux pour la société

La morbidité et la mortalité néonatales ont des conséquences socioéconomiques importantes et de nombreuses conditions qui peuvent contribuer à la mortalité néonatale peuvent aussi entraîner des handicaps graves. Par exemple, pour chaque nouveau-né qui meurt d'asphyxie, condition qui se produit lorsque le nouveau-né ne reçoit pas suffisamment d'oxygène immédiatement avant l'accouchement, pendant ou juste après l'accouchement, un autre souffre de troubles toute la vie durant, tels que des problèmes d'épilepsie, de paralysie cérébrale ou de ralentissement du développement⁸. Les coûts associés à de tels handicaps dépassent les moyens des systèmes de santé et les soins à fournir aux enfants handicapés ou malades pèsent sur les familles ; en outre, la perte des revenus futurs qu'auraient pu réaliser ces enfants exacerbe le cycle de pauvreté des familles et des sociétés.

Bien que le coût économique de tels problèmes de santé soit difficile à mesurer étant donné que les décès néonataux ne sont pas toujours déclarés, il est cependant possible d'illustrer que la médiocrité de la santé néonatale et

la mortalité néonatale affectent les efforts de développement d'un pays. Des analystes de l'Academy for Educational Development ont appliqué un modèle informatique qui a projeté qu'au Sénégal, entre 2001 et 2007, environ 100 000 nouveau-nés présenteront des handicaps résultant d'asphyxie ou de carences en iode⁹. Les contributions économiques de ces enfants pendant la durée de leur vie se trouveront réduites de 121 millions de dollars au moins (en valeur actuelle), soit 1 210 dollars par nouveau-né, du fait de ces handicaps. C'est une perte considérable pour un pays où le revenu national brut est de 1 480 dollars par habitant et par an.

Deuxième raison justificative : respecter les droits humains des nouveau-nés

La Convention [relative aux droits de l'enfant]... agit – et son utilité peut être observée dans la manière dont [elle est] mise en œuvre chaque jour par un pays après un autre, sur le plan politique, pratique et juridique.

—Carol Bellamy, directeur exécutif, UNICEF¹⁰

Pendant les deux dernières décennies, les Nations Unies ont dirigé les efforts de la communauté mondiale pour articuler et mettre en œuvre une approche de santé qui repose sur les droits humains. Cette approche contribue à l'amélioration de la santé en rendant les gouvernements responsables à l'égard des obligations de traités et autres conventions internationales qu'ils signent.

Presque tous les membres des Nations Unies ont ratifié la Convention des droits de l'enfant, faisant ainsi de cette convention l'instrument des droits humains le plus universellement accepté de l'histoire¹¹. L'article 24, qui stipule : « Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible. Ils s'efforceront de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services », décrit en détail comment

assurer la réalisation intégrale de ce droit. Le texte n'identifie pas les nouveau-nés comme un groupe distinct avec des besoins particuliers, mais le droit des nouveau-nés aux soins de santé est implicitement inclus. Pour respecter les engagements formulés dans la convention, les gouvernements doivent investir dans la santé du nouveau-né en tant que volet distinct des soins de santé de la mère et de l'enfant.

Résoudre la discrimination sexuelle

L'approche des droits humains relatifs à la santé vise également à corriger la discrimination sexuelle qui peut miner la santé des mères et des enfants, en particulier des filles¹². Dans bien des pays, les femmes sont peu instruites, mal nourries, disposent de peu de ressources, n'ont guère accès aux services ainsi qu'aux prises de décision¹³. Cette discrimination sexuelle affecte la survie des nouveau-nés : la condition sociale inférieure des femmes peut se traduire par la préférence pour les enfants du sexe masculin et la répartition inégale des ressources, comme l'alimentation et les soins de santé. Par exemple, en Inde, un nourrisson du sexe féminin est généralement allaité pour une période plus courte que ses frères. Les nourrissons du sexe féminin reçoivent aussi parfois des soins de moindre qualité que les nourrissons du sexe masculin. Sous sa forme la plus extrême, la préférence pour les garçons se traduit par l'infanticide de nouveau-nés du sexe féminin et l'avortement sélectif en fonction du sexe¹⁴.

De nombreux gouvernements et organisations non gouvernementales (ONG) s'efforcent avec les communautés d'identifier les problèmes de discrimination sexuelle et d'élaborer des programmes adaptés à leur culture afin d'aider les femmes à prendre de meilleures décisions concernant leur santé et la santé de leurs nouveau-nés. Par exemple, la Société de développement rural de Bayalu Seeme, qui met en œuvre des projets communautaires avec la collaboration de familles

agricoles dans l'état de Karnataka, en Inde, a mis au point de nouvelles activités pour résoudre les problèmes de discrimination sexuelle identifiés par les femmes locales. Les groupements de femmes ont choisi le personnel d'accouchement traditionnel qui a bénéficié d'une formation et ont exercé des pressions sur les autorités de santé pour recevoir des soins gynécologiques et les visites régulières d'une sage-femme auxiliaire. Une évaluation rétrospective du projet a révélé que les participantes tendaient davantage à se soumettre à trois examens prénatals au moins et à être suivies par du personnel formé pendant l'accouchement que les non-participantes. L'évaluation a également constaté que les participantes étaient plus disposées à affirmer leurs droits à prendre des décisions et à se déplacer librement à l'extérieur de leur domicile, qu'elles prenaient part à la politique et à des manifestations publiques et qu'elles étaient désireuses de lutter contre la violence domestique¹⁵.

Élaborer des politiques et des programmes qui répondent aux besoins particuliers des nouveau-nés

Les gouvernements commencent à incorporer les besoins des nouveau-nés dans la politique de santé nationale, conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant et autres engagements internationaux. Bien que quelques gouvernements aient pris en compte les besoins des nouveau-nés dans leurs politiques sur la santé de l'enfant, la majorité d'entre eux ont généralement tendance à aborder les questions relatives à la santé du nouveau-né dans leurs politiques de protection de la santé maternelle. Mais ces politiques ne reconnaissent pas toujours que les besoins des nouveau-nés sont des besoins distincts de ceux de la mère dès la naissance. Quelques pays sont en train d'élaborer des politiques spécifiques pour la santé du nouveau-né. En Inde, par exemple, le gouverne-

ment prévoit d'incorporer dans son nouveau programme quinquennal sur la santé reproductive et la santé de l'enfant des interventions pour améliorer la santé du nouveau-né, couvrant notamment la formation à dispenser des soins à domicile au nouveau-né, l'encouragement à accoucher dans des maternités et la prestation de soins aux nouveau-nés dans les centres de santé¹⁶. Le Népal est en train également d'élaborer une stratégie de santé néonatale d'échelle nationale, en s'appuyant sur des informations provenant d'une évaluation récente qui révélait que les décès néonataux représentaient 60 % de la mortalité infantile du pays¹⁷.

La communauté de la santé internationale est aussi en train de porter plus d'intérêt aux nouveau-nés. Un groupe d'organisations a créé le Partenariat des nouveau-nés en bonne santé (Health Newborn Partnership, HNP), initiative mondiale dont les membres visent à promouvoir des actions pour améliorer la santé et la survie des nouveau-nés¹⁸. En outre, il est envisagé d'incorporer les préoccupations relatives aux nouveau-nés dans l'initiative pour la maternité sans risque. Le Partenariat pour la maternité sans risque et la santé du nouveau-né, qui reconnaît le lien solide qui existe entre la santé de la mère et la santé du nouveau-né, sera établi à la fin de 2003. Cette initiative incorporera et élargira les travaux effectués par le Groupe inter-agences pour la maternité sans risque, qui œuvre à l'amélioration de la survie maternelle depuis 1987¹⁹.

L'engagement à l'égard de la santé des nouveau-nés se renforce chez les bailleurs bilatéraux également. Par exemple, le Département du Royaume-Uni pour le développement international et l'Agence des États-Unis pour le développement international sont en train de collaborer avec l'OMS et Save the Children pour mettre au point des outils qui puissent aider les dirigeants des pays enregistrant des taux de mortalité néonatale élevés à

*Encadré 1***Soins kangourou à l'Hôpital central de Zomba, Malawi**

Au Malawi, 20 % des nouveau-nés sont d'un poids insuffisant à la naissance. Avec l'aide de l'initiative Sauver la vie des nouveau-nés, l'Hôpital central de Zomba, qui dessert plus de 3 millions de personnes, a mis au point un programme simple et peu coûteux pour prendre soin de ces nourrissons fragiles. L'hôpital applique une technique appelée « la méthode kangourou », qui a contribué à la survie des nouveau-nés au Zimbabwe, pays voisin¹.

Cette technique consiste à placer le nouveau-né contre la poitrine de la mère pour assurer un contact corporel constant. Les nouveau-nés ont beaucoup plus de difficultés à régler leur température corporelle que les adultes et les bébés d'un poids insuffisant à la naissance sont encore plus vulnérables à la perte de chaleur. Au Malawi, le problème de perte de chaleur est exacerbé par le fait que les nouveau-nés ne sont pas toujours séchés et enveloppés immédiatement après la naissance et par le fait qu'ils sont parfois lavés avant d'être mis au sein. Dans des conditions où les incubateurs sont rares, la méthode kangourou fournit une protection de chaleur naturelle et encourage l'allaitement immédiat et continu².

¹ N.J. Bergman et L.A. Jurisoo, *Tropical Doctor* 24, no. 2 (1994) : 57-60 ; et R. Kambarami, O. Chidede et D.T. Kowo, *Annals of Tropical Paediatrics* 18, no. 2 (1998) : 81-86.

² Saving Newborn Lives, *State of the world's newborns* (Washington, DC : Save the Children, 2001).

concevoir des stratégies d'amélioration de la santé du nouveau-né.

Interventions de soins de santé pour les nouveau-nés

Les politiques et protocoles nationaux et internationaux sont en train de passer aux actes, sous la forme de services de soins de santé néonatale, et un nombre grandissant de programmes qui s'efforcent de sauver la vie des nouveau-nés servent de modèles qui peuvent être adoptés par d'autres projets et pays. Par exemple au Malawi, une technique simple de chaleur corporelle connue sous le nom « soins kangourou », est actuellement appliquée pour améliorer les chances de survie des nouveau-nés d'un poids insuffisant à la naissance (voir Encadré 1). L'initiative Sauver la vie des nouveau-nés recommande une série d'interventions économiques et confirmées qui peuvent être incorporées aux services de soins de santé existants²⁰.

Les interventions n'ont pas besoin d'être coûteuses ; dans les pays plus développés, les taux de mortalité néonatale et périnatale ont diminué bien avant le développement d'unités néonatales de soins intensifs, grâce à des interventions simples d'un faible coût, telles que l'utilisation d'antibiotiques et la prestation de soins ordinaires de meilleure qualité à la mère et au nouveau-né. Aujourd'hui, l'OMS estime qu'un programme essentiel de services de soins maternels et néonataux ne coûterait que trois dollars par personne et par an²¹. Un projet mis en œuvre en Inde a utilisé des ressources locales pour atteindre des résultats positifs, d'un faible coût : d'après l'évaluation du projet, l'intervention a coûté 0,20 dollar par personne (ou 5,00 dollars par nouveau-né)²².

Défis

Les défis politiques et financiers pour protéger la santé du nouveau-né sont considérables. La mortalité néonatale est la plus élevée dans les pays les plus pauvres du monde et chez les populations les plus pauvres de chaque pays. La Figure 4 révèle que les groupes de population les plus démunis enregistrent des taux de mortalité néonatale considérablement supérieurs à ceux des groupes les plus riches, traduisant les grands écarts dans l'accès aux services de soins. Par exemple, seulement 20 % des femmes les plus démunies de Bolivie ont reçu des soins pendant l'accouchement, en comparaison de 98 % des femmes les plus riches ; en Inde, 12 % du groupe le plus démunis ont reçu des soins d'accouchement par du personnel qualifié, en comparaison de 89 % pour le groupe le plus riche²³.

Les interventions qui visent à sauver les nouveau-nés dépendent de trois éléments :
 ■ **Un système de soins durable et fonctionnant bien.** Dans bien des cas, cela suppose la redistribution des ressources existantes afin d'améliorer les soins néonataux et de renforcer le lien avec les soins maternels, plutôt que

d'engager de nouveaux investissements considérables dans le système de santé.

■ **La planification au niveau local.** De nombreux pays ont décentralisé les stratégies de planification et d'affectation des ressources, de sorte que les autorités locales et de district doivent être au courant de la mortalité néonatale dans leurs communautés, des coûts et de la faisabilité des options de soins de santé²⁴.

■ **L'amélioration des méthodes appliquées au niveau des ménages.** Environ 60 % des accouchements ont lieu à domicile dans les pays en développement ; les parents ont donc besoin d'être instruits sur ce qu'ils peuvent faire pour sauver la vie de leurs nouveau-nés²⁵. Les familles ont besoin d'adopter de meilleures méthodes de nutrition, y compris l'allaitement, d'être informées sur les moyens de garder leurs nouveau-nés au sec et au chaud et de mieux comprendre les signes de risque de complications maternelles et néonatales.

Pour sauver la vie des nouveau-nés, il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur une coalition quasi générale se composant des bailleurs de fonds et des organisations internationales qui puissent fournir des orientations politiques et un concours financier, des gouvernements qui soient disposés à s'engager davantage dans l'amélioration de leurs services de soins au niveau national et local, et des ONG et organisations communautaires qui puissent travailler avec les populations locales pour transmettre des informations sur la survie des nouveau-nés.

Les éléments essentiels des soins néonataux sont bien connus ; le défi que doit relever le monde à l'heure actuelle est de prendre des décisions judicieuses sur les investissements nécessaires.

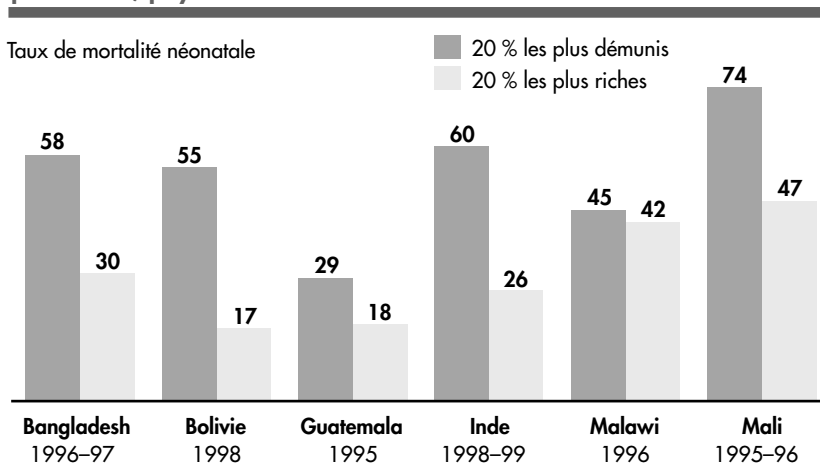
Références

¹ Gro Harlem Brundtland, « allocution plénière » (adressée à la Session extraordinaire sur les enfants de l'Assemblée générale des Nations Unies, New York, 9 mai 2002).

² Anne Tinker, « Integrating essential newborn care into health systems » (présentation donnée à la Banque mondiale, Washington, DC, 16 sept. 2002).

Figure 4

Taux de mortalité néonatale pour les groupes les plus démunis et les plus riches, pays sélectionnés



SOURCE : ORC Macro, Enquêtes démographiques et de santé. Analyse réalisée par Shea Rutstein.

³ Anne Tinker et Elizabeth Ransom, « Des mères en bonne santé, des nouveau-nés en bonne santé : un lien vital » (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2002).

⁴ Nations Unies, « Objectifs de développement pour le millénaire », consulté en ligne le 27 février 2003, www.un.org/millenniumgoals ; et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), « Nations Unies : Session extraordinaire sur les enfants », consulté en ligne le 27 février 2003, www.unicef.org/specialsession/about/world-summit.htm.

⁵ Healthy Newborn Partnership (HNP), « Newborn survival : time for action » (Washington, DC : Save the Children, 2002).

⁶ Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and health : investing in health for development*, consulté en ligne le 27 février 2003, www3.who.int/whosis/cmh/cmh_report/e/pdf/001-004.pdf.

⁷ Administrative Committee on Coordination (ACC)/ Sub-Committee on Nutrition (SCN) avec la collaboration de l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, *Fourth report on the world nutrition situation : nutrition throughout the life cycle* (Genève : ACC/SCN, 2000).

⁸ Saving Newborn Lives, *State of the world's newborns*, consulté en ligne le 27 février 2003, www.savethechildren.org/mothers/newborns_report.html.

⁹ L'analyse a été réalisée par le Center for Health Policy and Capacity Development de l'Academy for Educational Development dans le cadre de l'initiative Saving Newborn Lives (Sauver la vie des nouveau-nés) de la Fédération Save the Children, avec le soutien du Bureau de l'USAID pour l'Afrique, au titre du projet Soutien à l'analyse et à la recherche en Afrique (SARA).

¹⁰ Carol Bellamy, « Déclaration au Conseil exécutif de l'UNICEF » (discours adressé en septembre 1998).

¹¹ UNICEF, « Convention des droits de l'enfant », consulté en ligne le 27 février 2003, www.unicef.org/crc/crc.htm.

¹² Interagency Gender Working Group (IGWG), Research and Indicators Subcommittee, « Research gaps related to gender issues and population, health, and nutrition programs : an analysis » (Washington, DC : IGWG, 2000).

¹³ Nancy J. Piet-Pelon, Ubaidur Rob et M.E. Khan, *Men in Bangladesh, India and Pakistan : reproductive health issues* (Dhaka, Bangladesh : Karshaf Publishers, 1999).

¹⁴ Anne Tinker, « Improving women's health in India », *Development in practice series* (Washington, DC : Banque mondiale, 1996) ; et International Institute for Population Sciences (IIPS) et ORC Macro, National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-99 : India (Mumbai, Inde : IIPS, 2000).

¹⁵ Catharine McKaig, « Evaluating an integrated reproductive health program : India case study » (Oklahoma City, Oklahoma : World Neighbors, 2002).

¹⁶ Vinod Paul, communication personnelle, 14 janvier 2003.

¹⁷ ORC Macro, 2002 Demographic and Health Survey, Nepal (Calverton, MD : ORC Macro, 2002) ; et Save the Children, *State of the world's newborns : Nepal* (Katmandou, Népal : Save the Children, 2002).

¹⁸ Les membres du HNP sont Save the Children – qui sert de secrétariat – le Département pour le développement international, l'USAID, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale, l'OMS, l'Association internationale de pédiatrie, la Confédération internationale des sages-femmes, la Fédération internationale d'obstétrique et de gynécologie et Women and Children First. Pour de plus amples informations sur le HNP, adresser un courrier électronique à HNP@dc.savechildren.org.

¹⁹ Maria T. Nagorski, « Partnership for safe motherhood and newborn health, conference report » (Londres, 6-7 février 2002). Pour de plus amples informations sur l'Initiative maternité sans risque, consulter le site Web www.safemotherhood.org.

²⁰ Tinker, « Integrating essential newborn care into health systems » ; et William Moss et al., « Research priorities for the reduction of perinatal and neonatal morbidity and mortality in developing country communities », *Journal of Perinatology* 22, no. 6 (2002) : 484-95.

²¹ OMS, *Mother-baby package : implementing safe motherhood in countries*, consulté en ligne le 27 février 2003, www.who.int/

reproductive-health/publications/MSM_94_11/MSM_94_11_table_of_contents.en.html.

²² Abhay T. Bang, « Reducing neonatal mortality at the community level » (présentation à la Bill & Melinda Gates Foundation, 18 sept. 2002) ; et Abhay T. Bang et al., « Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality : field trial in rural India », *Lancet* 354, no. 9194 (1999) : 1955-61.

²³ Anne Tinker, Kathleen Finn et Joanne Epp, *Improving women's health : issues and interventions* (Washington, DC : Banque mondiale, 2000).

²⁴ Joy Lawn, *The healthy newborn : a reference manual for program managers*, consulté en ligne le 27 février 2003, www.cdc.gov/nccd-pph/drh/health_newborn.htm.

²⁵ OMS, *Coverage of maternity care : a listing of available information*, 4e éd. (Genève : OMS, 1997).

Remerciements

Cette présentation est la deuxième de la série intitulée « Perspectives de politique générale sur la santé du nouveau-né », produite grâce à la collaboration entre le Population Reference Bureau et l'initiative Sauver la vie des nouveau-nés de Save the Children. S'adressant aux dirigeants gouvernementaux et aux professionnels des soins de santé, la série « Perspectives de politique générale sur la santé du nouveau-né » montre comment l'incorporation des soins du nouveau-né aux programmes existants sur la maternité sans risque et la survie des enfants peut assurer la survie des nouveau-nés, et contribuer également à l'amélioration de la santé des femmes et au bien-être des générations futures. Sauver la vie des nouveau-nés est une initiative portant sur une durée de 15 ans, financée grâce à la générosité de la Fondation Bill & Melinda Gates, destinée à améliorer la santé et la survie des nouveau-nés dans le monde en développement.

Nancy V. Yinger et Elizabeth I. Ransom, du Population Reference Bureau (PRB), ont rédigé cette présentation. Haruna Kashiwase et Erin Sines ont compilé les données. Nous remercions en particulier les réviseurs suivants : Lori Ashford, Robin Bell, Liz Creel, Patricia Daly, Sarah Hall, Joy Lawn, Vinod Paul, Elisabeth Sommerfeld, Anne Tinker et Eva Weissman. Kathleen Maguire a revu le texte. Tara Hall a réalisé la mise en page.

© Juillet 2003, Population Reference Bureau



Saving Newborn Lives, Save the Children
2000 M Street, NW, Suite 500
Washington, DC 20036 É.-U.
Tél. : 202-293-4170 ■ Fax : 202-293-4167
Site Web : www.savethechildren.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 É.-U.
Tél. : 202-483-1100 ■ Fax : 202-328-3937 ■ E-mail : popref@prb.org
Site Web : www.prb.org

