

Des MÈRES en bonne santé, des NOUVEAU-NÉS en bonne santé :

un lien vital

Perspectives de politique générale sur la santé du nouveau-né

Par Anne Tinker et Elizabeth Ransom

Le siècle passé a connu une révolution des soins de santé ; mais des millions de femmes continuent à courir des risques lors de la grossesse et de l'accouchement dans des conditions qui n'ont pratiquement pas changé au fil des ans. Les complications de grossesse font de nombreuses victimes parmi les femmes. Des millions de mort-nés et de décès de nouveau-nés résultent tragiquement d'un bon nombre de causes similaires qui pourraient être évitées.

Chaque année, quatre millions d'enfants sont mort-nés et quatre millions de nouveau-nés meurent avant d'avoir atteint un mois¹. Comme dans le cas de la mortalité maternelle, 98 % des décès de nouveau-nés ont lieu dans les pays en développement. Si les taux de mortalité infantile et juvénile ont considérablement baissé dans ces pays au cours des dernières décennies, il y a eu peu d'amélioration dans la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale. En conséquence, les décès néonataux représentent à l'heure actuelle 40 % de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans². Pour renforcer les acquis en matière de santé et atteindre les objectifs de développement des Nations Unies fixés pour le nouveau millénaire, les autorités responsables doivent accorder beaucoup plus d'importance aux mesures qui ont fait leurs preuves, qui sont rentables et qui permettent de sauver la vie d'innombrables mères et nouveau-nés.

Il est indispensable de protéger davantage la santé de la mère pour sauver la vie du nouveau-né. Les recherches révèlent qu'un nombre considérable de mort-nés et de décès néonataux

Tableau 1

Risques des mères au cours de leur vie

	Risque de la mère de perdre un nouveau-né au cours de sa vie*	Risque de la femme de mourir de complications liées à la maternité
Afrique	1 sur 5	1 sur 19
Asie	1 sur 11	1 sur 132
Amérique latine	1 sur 21	1 sur 188
Pays plus avancés	1 sur 125	1 sur 2.976

* Décès de nouveau-nés entre la naissance et 28 jours.

SOURCE : Calculés à partir des taux récents fournis par Save the Children (mortalité néonatale), le Population Reference Bureau (indice synthétique de fécondité) et l'UNICEF (ratio de mortalité maternelle).

pourrait être épargné si toutes les femmes étaient suffisamment nourries et recevaient des soins de bonne qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum³. Mais la protection de la maternité n'est qu'une partie de l'équation. Les autorités responsables doivent s'assurer que des soins de santé sont offerts aux nouveau-nés tout comme à leurs mères. A partir de la naissance, chaque nouveau-né est un individu séparé avec des besoins qui peuvent non seulement dépendre de la mère, mais aussi nécessiter une attention particulière.

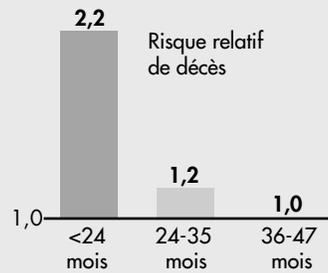
La santé du nouveau-né commence au niveau de la mère

Le bien-être d'un nouveau-né dépend de manière considérable de la santé de sa mère.

Figure 1

Décès néonataux et naissances rapprochées

Risque relatif de mortalité néonatale liée aux naissances rapprochées, par rapport à un espacement de 36 à 47 mois



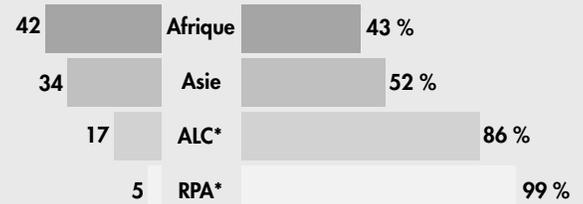
Source : Données provenant des Enquêtes démographiques et de santé effectuées dans 17 pays, calculées par Shea Rutstein, MACRO International, Inc.

Figure 2

Décès néonataux et personnel soignant qualifié pendant l'accouchement

Taux de mortalité néonatale entre la naissance et 28 jours sur 1.000 naissances vivantes

Personnel soignant qualifié pendant l'accouchement
Pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié



ALC* : Amérique latine et Caraïbes ; RPA* : régions plus avancées.

SOURCE : Calculs effectués par Save the Children et le Population Reference Bureau.

Dans les pays en développement, le décès d'une mère en couches entraîne la mort presque inéluctable du nouveau-né. Lorsque la mère est sous-alimentée, de santé délicate ou insuffisamment soignée pendant la grossesse et l'accouchement, son enfant court un risque plus élevé de maladie et de mort prématurée. Le taux de mortalité néonatale est donc élevé dans les régions où le risque de décès maternel est élevé (voir Tableau 1, page 1). D'après des estimations récentes, en Afrique, par exemple, une femme sur 19 court le risque de mourir de causes liées à la maternité et une femme sur cinq court le risque de perdre un nouveau-né au cours de sa vie⁴. La mortalité néonatale et maternelle font peser un lourd fardeau sur les systèmes de santé, ainsi que sur les femmes et les familles. Un rapport publié récemment révèle l'ampleur des problèmes de santé résultant de la mortalité néonatale ; par exemple, elle représente plus de 8 % du bilan total des malades en Afrique sub-saharienne et près de 14 % en Asie du Sud⁵.

La survie et le bien-être du nouveau-né dépendent de sa mère sous plusieurs aspects importants.

Espacement des naissances et survie du nouveau-né

Tout d'abord, la santé du nouveau-né est affectée par l'échelonnement et la fréquence des grossesses. Les femmes qui enfantent quand elles sont trop jeunes ou trop âgées ou qui ont des enfants à des intervalles trop rapprochés courent des risques plus élevés de complications, pour elles-mêmes et pour leurs nouveau-nés. Les recherches font ressortir clairement la corrélation entre la mortalité néonatale et infantile et l'espacement des naissances. Les nourrissons qui sont espacés de moins de deux à trois ans courent un beaucoup plus grand risque de ne pas survivre. Par exemple, lorsque l'intervalle entre deux naissances est de moins de 24 mois, le risque de décès du nouveau-né est 2,2 fois plus élevé que pour un nouveau-né mis au monde 36 mois après la naissance précédente (voir Figure 1)⁶. En outre, le risque de

mortalité maternelle ou néonatale est également plus élevé pour les femmes qui ont eu de multiples grossesses. L'utilisation efficace des méthodes de planning familial peut contribuer à améliorer la protection maternelle et néonatale en aidant les femmes à éviter les grossesses lorsque le risque de complication est élevé.

Complications à la naissance

Deuxièmement, les complications à la naissance peuvent avoir une répercussion importante sur les nouveau-nés. Près de 30 % des décès néonataux sont le résultat de lésions subies pendant l'accouchement⁷. L'asphyxie, par exemple, se produit lorsque le nouveau-né ne reçoit pas immédiatement une source d'oxygène suffisante avant, pendant ou juste après la naissance. Ce manque d'oxygène est souvent causée par des difficultés de travail, complication qui provoque également environ 8 % des décès maternels. D'après les estimations, quatre à cinq millions de nouveau-nés souffrent d'asphyxie à la naissance et plus d'un million en meurent. Plus d'un million de ceux qui survivent souffrent de séquelles, notamment de troubles épileptiques, de paralysie cérébrale ou de retardement du développement. Les difficultés de travail et l'asphyxie peuvent passer inaperçues et ne pas être traitées étant donné que, dans les pays moins avancés, 50 % seulement des accouchements sont assistés par un personnel de santé qualifié, qui est en mesure de détecter et de traiter les complications ou d'assurer l'aiguillage vers les services de soins compétents pour traiter les complications de grossesse et d'accouchement ainsi que les complications postnatales mettant la vie en danger (voir Figure 2)⁸.

Impact des infections maternelles

Troisièmement, un grand nombre de mort-nés et de décès néonataux par suite d'infection pourrait être épargné si les soins de protec-

tion maternelle répondaient aux besoins. La mère peut passer à son enfant une infection sexuellement transmissible pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Jusqu'à un tiers des mères séropositives et qui ne sont pas traitées transmettent le virus à leur nourrisson pendant la période périnatale (entre 22 semaines de gestation et la première semaine de vie du nouveau-né), ce qui s'est traduit par près d'un demi-million de décès d'enfants en 1999⁹. Certaines infections sexuellement transmissibles peuvent entraîner la cécité, d'autres des enfants mort-nés, des nouveau-nés d'un poids insuffisant ou d'autres complications après la naissance.

Dans les pays où le paludisme est à l'état endémique, les femmes sont plus prédisposées à en être atteintes pendant la grossesse qu'à tout autre moment de leur vie. Celles qui sont infectées sont plus susceptibles de donner naissance à un enfant d'un poids insuffisant, facteur important de risque de décès néonatal. Les femmes atteintes du paludisme peuvent aussi faire une fausse couche ou avoir un enfant mort-né et celles qui souffrent de troubles anémiques graves causés par cette infection courent un risque accru de mourir¹⁰. En outre, les mères enceintes qui ont contracté le paludisme ou qui sont séropositives courent de plus grands risques de transmettre leur maladie à leur futur enfant¹¹.

Le tétanos est une autre infection qui affecte à la fois la mère et le nouveau-né. Les nourrissons sont plus susceptibles de contracter cette maladie lorsque le cordon ombilical est coupé avec des instruments insuffisamment propres ou traités avec des applications traditionnelles non hygiéniques, comme la bouse de vache. Le tétanos néonatal tue environ 215.000 nourrissons chaque année¹². Les mères sont également vulnérables si leur accouchement est effectué dans des conditions non hygiéniques.

Le lien nutritionnel

Quatrièmement, les conditions nutritionnelles des filles et des femmes, même bien avant la grossesse, affectent le développement du fœtus et la santé du nouveau-né. Dans le monde en développement, près d'un tiers des nouveau-nés, commencent dès le début de la vie à souffrir dans une certaine mesure d'une croissance ralentie et de carences en micro-nutriments¹³. Leurs carences sont essentiellement déterminées par l'état nutritionnel de la mère. La croissance ralentie dans l'utérus prédispose à l'insuffisance de poids à la naissance, condition qui affecte

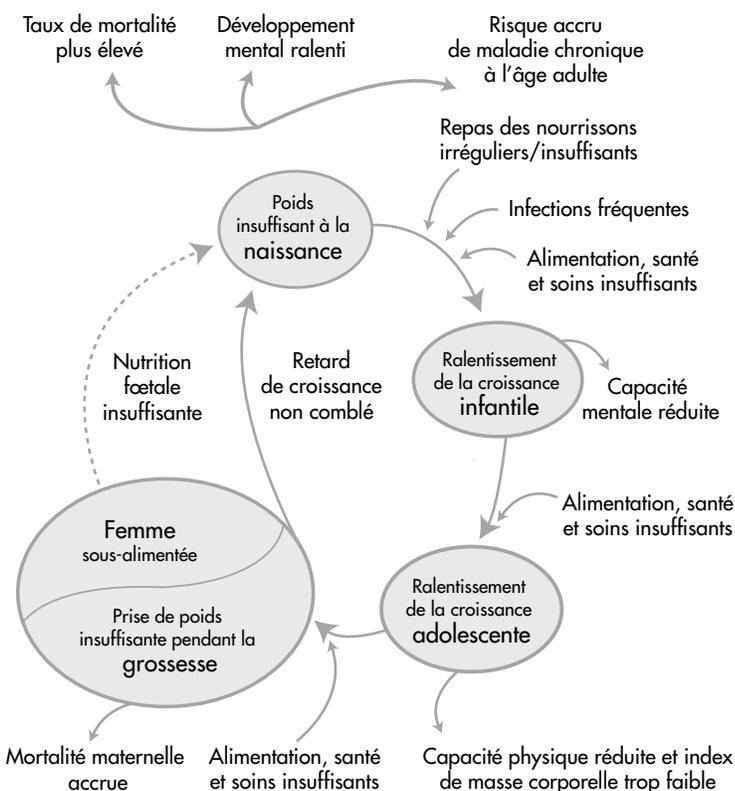
chaque année plus de 20 millions de nourrissons dans le monde en développement¹⁴. Les nourrissons d'un poids insuffisant qui survivent risquent de souffrir de troubles cognitifs, de problèmes de développement comme la difficulté de concentration, et d'être beaucoup plus nombreux à souffrir de maladies et à mourir à un âge adulte relativement jeune par rapport aux autres membres de leur génération nés avec un poids normal.

La malnutrition suit souvent un cycle qui se transmet de génération en génération et de nombreuses femmes commencent leur grossesse sans être suffisamment nourries (voir Figure 3). Pendant la grossesse, la femme risque de ne pas prendre assez de poids, courant ainsi le danger d'avoir un enfant d'un poids insuffisant à la naissance. Les filles d'un poids insuffisant à la naissance sont souvent, à l'âge adulte, de petite taille et trop maigres. Les femmes de très petite taille sont plus prédisposées à des difficultés de travail, ce qui menace à la fois leur propre santé et celle de leur nouveau-né. Et le cycle se poursuit.

Les carences en micro-nutriments influent également sur la protection de la santé de la mère et du nouveau-né. Par exemple, l'anémie par carence de fer afflige environ la moitié de toutes les femmes enceintes dans les pays en développement¹⁵. Les mères qui sont atteintes de troubles anémiques graves courent un plus grand risque de mourir en couches, d'enfanter d'un mort-né ou de perdre leur enfant peu après la naissance ; leurs nourrissons courent aussi un risque accru de naître avec un poids insuffisant, de naître prématurément et/ou de souffrir de troubles cognitifs.

Figure 3

Mauvaise nutrition pendant tout le cycle de vie



SOURCE : Adapté de la Commission sur les défis de nutrition au XXIe siècle nommée par l'ACC/SCN.

Que peuvent faire les autorités responsables ?

Les recherches révèlent que les services de soins prénatals et d'accouchement à prix réduit, qui améliorent la santé et la nutrition des femmes,

pourraient aussi contribuer à sauver un pourcentage appréciable de leurs nouveau-nés. Cependant, il est important de reconnaître que pendant la période postnatale – lorsque la plupart des décès se produisent – les mères et nouveau-nés requièrent des soins individualisés. Les soins de santé doivent être structurés de manière à répondre aux besoins spécifiques du nouveau-né ainsi qu'à ceux de la mère.

Fournir des soins qualifiés

La prise en charge par un personnel qualifié pendant l'accouchement peut sauver la vie d'un grand nombre de nouveau-nés. Par exemple, l'apport des soins nécessaires en cas de difficultés de travail ou d'hémorragie grave avant l'accouchement peut empêcher l'asphyxie du nouveau-né¹⁶. Bon nombre de nouveau-nés qui éprouvent des difficultés à établir leur rythme respiratoire à la naissance pourraient être sauvés si le personnel soignant était formé à de simples méthodes de réanimation. Le déroulement d'un accouchement dans des conditions hygiéniques, y compris la rupture du cordon ombilical avec des instruments propres, est également indispensable à la protection de la santé de la mère et du nouveau-né ; ces précautions protègent les mères contre le risque d'infection et les nouveau-nés contre le tétanos néonatal et la septicémie. Le contact corporel pour sécher et réchauffer immédiatement le nouveau-né est un moyen efficace d'empêcher l'hypothermie et d'encourager l'allaitement immédiat. Il est nécessaire de disposer de bons systèmes de transport et d'aiguillage vers les services compétents pour surmonter les complications maternelles et néonatales.

Promouvoir les soins postnatals

Le début de la période postnatale est un moment vulnérable, tant pour la mère que pour le nouveau-né. Soixante et un pour cent des décès maternels se produisent pendant les six

Élimination du tétanos néonatal au Pakistan

Le Pakistan a récemment lancé un programme pour combattre le tétanos néonatal, qui fait chaque année 21.000 victimes parmi les nourrissons pakistanais¹⁷. Étant donné que le pays vient en troisième place dans le monde pour le bilan des décès causés par le tétanos néonatal, ce nouveau projet est en cours d'exécution afin d'élargir la couverture d'immunisation chez les femmes en âge de procréer¹⁸. Par le biais du projet, un effort de collaboration entre le ministère de la Santé pakistanais, l'UNICEF, l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) et Save the Children, quelque 4,5 millions de femmes de 57 districts seront vaccinées là où le tétanos néonatal constitue toujours un grand problème de santé publique. Le projet fait appel à un personnel local d'agents de santé féminins qui vont de domicile en domicile pour administrer le vaccin d'anatoxine tétanique à toutes les femmes en âge de procréer. Cette stratégie doit son succès en grande partie à une campagne d'information publique à l'échelle nationale visant les jeunes femmes et les principaux décideurs politiques au niveau du pays et des communautés.

semaines qui suivent l'accouchement et près de la moitié de ces décès ont lieu pendant la première journée après l'accouchement¹⁹. Les deux tiers des décès néonataux se produisent pendant la première semaine de la vie et deux tiers de ces derniers dans les 24 heures qui suivent la naissance²⁰. L'allaitement immédiat, qui aide la mère en stimulant les contractions de l'utérus qui la protègent contre de graves hémorragies, protège aussi le nourrisson en lui procurant des nutriments et des immunités essentielles contre les maladies. L'allaitement exclusif, qui n'est pas complété par d'autres aliments ou liquides, est particulièrement efficace pour empêcher l'infection chez les nouveau-nés ; cependant cette forme d'allaitement enregistre toujours des taux extrêmement faibles dans les pays en développement²¹. Les mères séropositives doivent être conseillées sur les soins et l'alimenta-

Soins de santé néonataux à domicile, Inde

Dans le district de Gadchiroli, en Inde, les Dr Abhay et Rani Bang et leurs collègues de la Society for Education, Action & Research in Community Health (SEARCH) ont élaboré une approche remarquable en matière de soins de santé à domicile qui profitent tant aux nouveau-nés qu'à leurs mères. Ces soins devaient être dispensés à domicile étant donné que, en milieu rural indien, 83 % des naissances ont lieu à domicile et les villageoises n'ont pratiquement pas accès à des centres de soins. Après deux ans de recherche, SEARCH a introduit la prestation de soins néonataux par le biais d'agents de santé villageois formés et d'un personnel d'accouchement qualifié, qui instruisent les nouvelles mères sur les soins de santé, encouragent l'allaitement et le maintien de la température du corps et reconnaissent les signes de danger chez les mères et leurs nourrissons. Vers la troisième année du programme SEARCH, qui avait suivi les résultats dans 39 villages d'intervention et 49 villages témoins, a enregistré une réduction de 62 % du taux de mortalité néonatale dans les zones d'intervention, ainsi qu'une réduction sensible de la morbidité néonatale et maternelle. Le programme Saving Newborn Lives (Sauver la vie des nouveau-nés) est en train de tester l'adaptabilité et la durabilité de cette approche, qui, comme l'espère SEARCH, pourrait servir d'initiative novatrice pour des organisations analogues partout dans le monde en développement.

tion qu'elles doivent fournir à leur nouveau-né ; elles doivent aussi être suivies en cas d'infections connexes qu'elles-mêmes ou leurs nouveau-nés pourraient contracter.

Certaines pratiques traditionnelles, comme baigner les nouveau-nés dans l'eau froide ou remplacer l'allaitement par des substituts peu après la naissance, sont dangereuses. Il est indispensable, pour améliorer la protection de la santé de la mère et de l'enfant, d'éduquer les familles et les communautés à prendre soin des nourrissons et à reconnaître les problèmes de santé – tant

chez la mère et que chez l'enfant – qui exigent d'être immédiatement traités.

Prévention et traitement des infections maternelles

L'immunisation des femmes en âge de procréer par le vaccin d'anatoxine tétanique protège à la fois la mère et le nouveau-né. L'anatoxine tétanique est l'un des vaccins disponibles les plus sûrs, les plus efficaces et les moins coûteux. Elle peut empêcher l'infection du tétanos chez la mère enceinte et elle transmet les défenses immunitaires au fœtus.

La prévention du paludisme protège également la mère et le nouveau-né. L'Organisation mondiale de la Santé recommande le traitement préventif des femmes enceintes et la mise à leur disposition de moustiquaires de lit traitées par un bain insecticide pour empêcher la transmission du paludisme par les moustiques dans les régions où cette maladie est fortement endémique. Le traitement des mères infectées devrait aussi être inclus dans les soins prénatals.

Le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles devraient faire partie des soins prénatals. Les centres de soins de santé primaires et les dispensaires de planning familial peuvent aussi œuvrer à la prévention des infections sexuellement transmissibles à travers l'éducation, l'établissement de diagnostics et le traitement. Dans les régions à forte séroprévalence, les femmes devraient avoir accès librement à des services de conseil et de dépistage. Les femmes dont les résultats au test de VIH sont positifs devraient pouvoir bénéficier d'une courte formation aux thérapies antirétrovirales et de conseils sur les options d'alimentation pour leurs nourrissons. Le personnel de soins devrait donner aux mères dont les résultats sont négatifs des conseils sur les méthodes sûres d'éviter de contracter l'infection. La contraction de l'infection pendant la grossesse accroît le risque de transmission du virus au nouveau-né.

Rupture du cycle de la malnutrition

Le rôle d'une bonne nutrition pour l'amélioration de la survie néonatale et maternelle ne se limite pas à la période de la grossesse. Les encouragements et les conseils pour inciter les femmes à prendre suffisamment de poids pendant la grossesse ne constituent que la première étape. Les encouragements à suivre un régime alimentaire sain et varié se composant de repas suffisants amélioreront aussi, à la longue, la nutrition des filles et des femmes. Certains pays ont abordé le problème de carences en micronutriments en procurant des aliments fortifiés (comme l'iode dans le sel) ou des suppléments de fer et d'acide folique et – le cas échéant – de vitamine A, d'iode et de zinc.

Intégrer les interventions de survie maternelle et néonatale à d'autres programmes

Une plus grande facilité d'accès aux contraceptifs permet aux femmes de planifier et d'espacer leurs grossesses. Le renforcement des services de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles, du paludisme et de la malnutrition permet aussi de protéger la santé des mères et de leurs nouveau-nés.

Le rassemblement de données sur les taux d'immunisation au tétanos, sur les soins d'un personnel qualifié pendant l'accouchement, sur le faible poids à la naissance, sur les pratiques d'allaitement, sur les soins postnatals et autres indicateurs de protection maternelle et infantile permet aux autorités responsables

de prendre des décisions informées sur l'affectation des fonds.

Les décideurs peuvent améliorer la protection maternelle et néonatale en finançant des programmes qui privilégient l'éducation et la lutte contre la discrimination sexuelle. La participation avec les communautés, en particulier les groupes de femmes, à la reconnaissance des problèmes de protection maternelle et néonatale, puis à la recherche commune de solutions novatrices, entraînera l'amélioration de leur santé²².

Conclusion

Les nouveau-nés sont les membres les plus vulnérables de la société. Les efforts pour prévenir les décès néonataux et améliorer la santé et les chances de survie des nouveau-nés sont liés aux efforts pour accroître la protection maternelle. Les décideurs peuvent s'efforcer d'assurer la meilleure santé des mères et de leurs nouveau-nés à l'avenir en finançant des programmes qui dispensent les soins maternels et infantiles indispensables, ainsi qu'en adoptant des politiques plus étendues qui favorisent la santé des femmes et leurs possibilités socio-économiques pendant le cycle de vie. Les interventions pour atténuer les risques de la maternité et protéger les nouveau-nés au stade le plus fragile de leur vie sont un investissement indispensable dans l'avenir.

Références

- ¹ Estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à partir de données recueillies aux alentours de 1999.
- ² William Moss et al., « Research priorities for the reduction of perinatal and neonatal morbidity and mortality in developing country communities », *Journal of Perinatology* (à paraître).
- ³ Anne Tinker, « Safe motherhood is a vital social and economic investment », article rédigé pour la Technical Consultation on Safe Motherhood, 18-23 octobre 1997.
- ⁴ OMS, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Mortalité maternelle en 1995 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP* (Genève : OMS, 2001).
- ⁵ Adnan A. Hyder et al., « The burden of disease from neonatal mortality in sub-Saharan Africa and South Asia », rapport soumis à Save the Children.
- ⁶ Shea Rutstein, « Effects of birthspacing on mortality and health : multivariate cross-country analysis », présentation par MACRO International, Inc., à l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, juillet 2000 ; et B.P. Zhu et al., « Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes », *New England Journal of Medicine* 340 (1999) : 589-94.
- ⁷ T. Kusiako, Carine Ronsmans et L. Van der Paal, « Perinatal mortality attributable to complications of childbirth in Matlab, Bangladesh », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78 (2000) : 621-27.
- ⁸ Maternité sans Risques, Groupe Inter-Agence, *Skilled care during childbirth : a review of the evidence* (New York : Family Care International, à paraître).
- ⁹ Ellen G. Piwoz et al., *Early breastfeeding as an option for reducing postnatal transmission of HIV in Africa : issues, risks, and challenges* (Washington, DC : Academy for Educational Development, août 2001).
- ¹⁰ David Rush, « Nutrition and maternal mortality in the developing world », *American Journal of Clinical Nutrition* 72 (supplément, 2000) : S212-40.
- ¹¹ Elizabeth A. Preble et Ellen G. Piwoz, « Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa : practical guidance for programs » (Washington, DC : Academy for Educational Development, juin 2001).
- ¹² UNICEF/OMS/FNUAP, « Eliminations du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005 : stratégies permettant d'éliminer le tétanos et d'éviter sa réapparition », consulté en ligne à www.unfpa.org/tpd/publications/matetanusfre.pdf.
- ¹³ Administrative Committee on Coordination (ACC)/Sub-Committee on Nutrition (SCN) et International Food Policy Research Institute, *Fourth report on the world nutritional situation* (Genève : ONU/ACC/SCN, 2000).
- ¹⁴ Saving Newborn Lives, *State of the world's newborns* (Washington, DC : Save the Children, 2001).
- ¹⁵ Lindsay H. Allen, « Anemia and iron deficiency : effects on pregnancy outcomes », *American Journal of Clinical Nutrition* 71 (supplément, 2000) : S1280-84.

- ¹⁶ Anne Tinker, « Healthy mothers – healthy babies », *Banque mondiale PHN Notes* 2, no. 9 (4 décembre 1992).
- ¹⁷ UNICEF/OMS/FNUAP, « Eliminations du tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005 ».
- ¹⁸ Saving Newborn Lives, *State of the world's newborns : Pakistan* (Islamabad : Save the Children U.S., octobre 2001).
- ¹⁹ X.F. Li et al., « The postpartum period : the key to maternal mortality », *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 54 (1996) : 1-10.
- ²⁰ Joy Lawn, Brian J. McCarthy et Susan Rae Ross, *The healthy newborn : a reference manual for program managers* (Atlanta : Centers for Disease Control, CARE, Initiative de santé Care/CDC, 2001). Des informations supplémentaires peuvent être obtenues en consultant le site www.cdc.gov/nccdphp/drh.
- ²¹ Patricia Haggerty et Shea Rutstein, « Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding », *DHS Comparative Studies* no. 30 (Calverton, Maryland : MACRO International, Inc., 1999).
- ²² Kathleen O'Rourke, Lisa Howard-Grabman et Guillermo Seone, « Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia », *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* 3, no. 1 (1998) : 9-14.

Remerciements

Le bulletin est le premier de la série « Perspectives de politique générale sur la santé du nouveau-né », réalisée avec la collaboration du Population Reference Bureau et l'initiative Saving Newborn Lives de Save the Children. S'adressant aux autorités gouvernementales et aux professionnels des soins de santé, les « Perspectives de politique générale sur la santé du nouveau-né » montreront comment l'incorporation des soins néonataux aux programmes existants de protection de la santé de la mère et de survie de l'enfant peut sauver la vie de nouveau-nés et aussi contribuer à la meilleure santé des femmes, ainsi qu'au bien-être des générations futures. L'initiative Saving Newborn Lives, rendu possible grâce à la générosité de la Fondation Bill et Melinda Gates, porte sur une période de 15 ans et s'efforce d'améliorer la santé et les chances de survie des nouveau-nés dans les pays en développement.

Anne Tinker, de Save the Children, et Elizabeth Ransom, du Population Reference Bureau (PRB), ont rédigé ce bulletin. Nos remerciements s'adressent tout particulièrement aux réviseurs ci-après : Robin Bell, Oona Campbell, Anthony Costello, Patricia Daly, Gary Darmstadt, Leslie Elder, Rae Galloway, Joy Lawn, Rebecca Lowery, Judith Moore, Vinod Paul, Suzanne Prysor-Jones, Catherine Shaw, Mary Ellen Stanton, Donald Wilson et Nancy Yinger. Tara Hall a créé la mise en page. Traduit par Marianne Talagrand et revu par Pascale Ledeur-Kraus.

© Juin 2002, 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

