

Situation de la santé maternelle et infanto-juvénile
Projet de rapport

Présenté par **Mme Marie Gisèle GUIGMA/DIASSO**
(Burkina Faso)

Rapporteure

BRUXELLES (BELGIQUE) | 8 JUILLET 2012

Sommaire

I- ANALYSE SUR LA SITUATION DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTO- JUVENILE -----	3
1- LES OBJECTIFS INTERNATIONAUX -----	3
2- LES STATISTIQUES-----	4
3- LES PRINCIPAUX DEFIS -----	5
II- LE CAS DU BURKINA FASO-----	10
1- LES CAUSES DE DECES MATERNEL ET INFANTO-JUVENILE -----	10
2- LES ENGAGEMENTS DU BURKINA FASO EN FAVEUR DE LA SANTE MATERNELLE ET INFANTO-JUVENILE -----	13
3- IMPACT SUR LA SANTE MATERNELLE ET INFANTO –JUVENILE -----	18
4- LES DIFFICULTES ET PERSPECTIVES -----	18

Introduction

La santé maternelle et infanto-juvénile est perçue sous divers concepts. Avant tout développement sur ce thème, il est indiqué de partir sur une même base quant à la définition de certains concepts clés. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le décès maternel se définit comme « tout décès survenu au cours de la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la terminaison de la grossesse, 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 ».

Quant au décès néonatal c'est tout décès de nouveau-né dans les 28 premiers jours de vie. S'agissant du décès infantile, c'est tout décès d'enfant de moins d'un an. Enfin le décès infanto-juvénile se définit comme tout décès d'enfant de moins de 5 ans.

I- Analyse sur la situation de la santé maternelle et infanto-juvénile

Dans le monde, une estimation des Nations Unies (2009) montre qu'environ 350 000 femmes meurent des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, soit un décès toutes les deux minutes. 3,7 millions de nouveau-nés meurent au cours des 28 premiers jours de vie, et près de 2 millions de nouveau-nés meurent dans les 24 premières heures de leur existence. On compte enfin selon toujours les Nations Unies 2,6 millions de mort-nés.

1- Les objectifs internationaux

En 2000, les Etats membres de l'ONU ont adopté la déclaration du millénaire pour le développement (OMD) qui définit huit objectifs. Le

secrétaire général de l'ONU les a décrits en 2010 comme une étape décisive pour la coopération internationale et l'émanation des droits fondamentaux de la personne.

2- Les statistiques

On estime que le taux de mortalité maternelle dans les régions en développement a baissé de 34% entre 1990 et 2008, passant de 440 décès maternels pour 100000 naissances vivantes à 290. Cependant, on estime que 358000 femmes mourraient toujours en 2008 de causes liées à la maternité et qu'un nombre considérablement plus élevé d'entre elles souffraient d'infections, de blessures et de handicaps. Le déclin annuel moyen du taux de mortalité (2,3%) reste bien en deçà du taux nécessaire pour la réalisation de l'OMD 5 (5,5%).

Les décès maternels sont largement concentrés dans les pays en développement et plus encore en Afrique Subsaharienne et en Asie du Sud qui représentaient 87% des décès en 2008.

En Afrique Subsaharienne, où se produisent près de 3/5 des décès maternels, pour une jeune fille de 15 ans, le risque de mourir de causes liées à la grossesse est de 1/31, voire plus dans certains pays alors que dans les pays développés il n'est que de 1 sur 4300.

Au niveau mondial, le taux de mortalité infantile a baissé d'environ du tiers depuis 1990, passant d'environ 88 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 57 en 2010, soit 12 000 décès de moins par jour. Pourtant, ce taux reste beaucoup trop élevé sachant qu'en 2010 près de 7,6 milliards d'enfants sont morts avant leur cinquième anniversaire. En outre, il faut intensifier les efforts dans le domaine de la santé maternelle, car les décès

de nouveau-nés représentaient plus de 40% des décès d'enfants de moins de cinq ans en 2008.

Les décès maternels et infantiles évitables demeurent inacceptablement nombreux. Et c'est précisément pour cette raison qu'il faut mettre l'accent sur la prévention dans le cadre des programmes nationaux.

Il faut absolument intervenir, notamment parce que la santé maternelle et infantile a une incidence sur le développement économique et, partant sur le progrès social. La mortalité maternelle et néonatale entraîne des pertes de productivité d'un montant total de 15 milliards de dollars.

3- Les principaux défis

Comme cela a été dit plus haut, beaucoup de décès maternels sont évitables. Les hémorragies et l'hypertension sont responsables d'un peu plus de la moitié des décès, or ces affections peuvent être traitées par des interventions de base. De même, les diarrhées, les pneumonies et le paludisme, causes majeures de décès des jeunes enfants peuvent être prévenus par des mesures bien connues et d'un bon rapport coût/efficacité. En 2010 les dirigeants du G8 ont souligné que le nombre de décès maternels pourraient en grande partie être évités si les femmes concernées avaient plus facilement accès à des systèmes de santé renforcés, ainsi qu'à des soins et des services de santé sexuelle et génésique, y compris en matière de planification familiale volontaire.

La nutrition est aussi un facteur important dans la santé maternelle et infantile. Comme il est noté dans le rapport 2011 sur les OMD, la nutrition doit être une priorité absolue pour le développement national.

Les problèmes de nutrition sont la cause fondamentale d'environ un tiers des décès de jeunes enfants en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

La plupart des pays en développement sont toujours aux prises avec des systèmes de santé peu performants et sous-financés. Il s'agit là de la principale difficulté à surmonter si l'on veut améliorer les indicateurs de santé des femmes et des enfants. Les systèmes de santé englobent les ressources humaines, la gouvernance et les cadres réglementaires, le financement de la santé et les prestations. On peut renforcer les systèmes de santé en privilégiant une approche fondée sur les soins de santé primaire, qui mettent l'humain au cœur des soins.

S'agissant de la gouvernance du domaine de la santé ; trop peu de pays autorisent les sages-femmes à accomplir les actes nécessaires. Selon l'UNFPA, 3,6 millions de décès pourraient être évités chaque année si l'on développait la profession de sage-femme et leur formation dans les pays en développement.

En outre, nombre de pays ayant le taux de mortalité très élevé n'ont pas suffisamment de professionnels de santé régulièrement formés. Non seulement cette carence limite l'accès aux services, mais elle pèse sur les ressources existantes. Globalement dans les pays en développement, la proportion de femmes enceintes ayant été accompagnées par un professionnel de santé lorsqu'elles ont accouché est passée de 55% en 1990 à 65% en 2009. Cependant la moitié des femmes en Asie du Sud et moins de la moitié des femmes enceintes en Afrique subsaharienne (46%) avaient accès au personnel qualifié.

L'une des cibles de l'OMD 5 est de rendre l'accès à la médecine procréative universel à l'horizon 2015, ce qui est un élément du droit international reconnu à la santé.

La CEDEF prévoit que les Etats partis fournissent aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement des services appropriés et au besoin gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement (article 12).

De manière générale, les services de santé doivent être disponibles, accessibles, acceptables et d'une qualité suffisante.

Les progrès en matière de la réduction de la mortalité maternelle et infantile ont été inégaux dans les régions et au sein des pays. Ces tendances témoignent de la persistance d'inégalités considérables liées aux déterminants sociaux de la santé, que l'OMS défend comme les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Autrement dit les femmes confrontées au risque le plus élevé de mourir de causes liées à la grossesse ont des chances d'être pauvres, rurales peu inscrites et d'avoir un statut inférieur dans leur groupe social. Les femmes et les enfants de ces groupes portent le fardeau de la mauvaise santé. Les données désagrégées au niveau national et régional masquent ces réalités. Les femmes pauvres sont confrontées à une incidence disproportionnée de violence familiale et sexuelle, de grossesses adolescentes, de grossesses non désirées, d'accouchements dans des conditions peu sûres et d'infections sexuelles.

Des difficultés particulières se posent aux adolescentes qui sont confrontées à des risques accrus pendant la grossesse et l'accouchement. L'ONU estime que le taux de grossesses des adolescentes pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans a baissé entre 1990 et 2000 dans presque toutes les régions. Cependant ce taux a ensuite cessé de chuter, ou a même augmenté au cours des huit années qui ont suivi. L'Afrique subsaharienne enregistre le taux le plus élevé de grossesse chez les adolescentes.

Les femmes contaminées par le VIH/SIDA sont confrontées à des problèmes de santé.

Dans certains pays, les fillettes et les adolescentes sont aussi victimes de la pratique traditionnelle des mutilations génitales objet de ma deuxième communication.

De manière générale les services de santé doivent être disponibles, accessibles, acceptables et d'une qualité suffisante.

S'agissant des lacunes en matière de reddition des comptes, l'on constate que malgré les instruments juridiques existants et/ou ratifiés et les OMD, bon nombre de pays n'assument pas leurs responsabilités à titre d'exemple : l'insuffisance des ressources mises à la disposition pour assurer les services de santé maternelle et infantile, ou n'adoptent pas les lois et ne prennent pas les mesures nécessaires pour un accès universel des femmes et des enfants à la santé.

Cette lacune est révélée par les statistiques sur la prestation de santé. En 2008, sur les 87 pays qui avaient un taux de mortalité maternelle supérieur à 100 sur 100 000 naissances vivantes en 1990, on estimait que 10 étaient sur la bonne voie et que 47 faisaient des progrès dans la réalisation des

OMD. Cependant, 22 pays n'avaient pas fait suffisamment de progrès et l'on estimait que huit n'avaient fait aucun progrès.

Dans les pays à faible revenu, les dépenses de santé nationales sont passées de 1,7% du PIB en 2000 à seulement 1,8% en 2008 ce qui est insuffisant.

En tant que parlementaire que pouvons-nous faire pour influencer pour une réduction considérable du taux de mortalité maternelle et infantile ?

- les parlementaires doivent prendre leur responsabilité et veiller à ce que toutes les améliorations nécessaires en matière de santé des femmes et des enfants soient réalisées au niveau national et dans le cadre de l'aide internationale. Il incombe à tous les parlementaires de défendre les politiques et les cadres législatifs donnant la priorité à la santé maternelle et infantile ;
- les parlementaires doivent mener des actions de sensibilisation au sein du parlement et des groupes parlementaires, de même qu'auprès du public sur les problèmes fondamentaux touchant la santé des femmes et des enfants, en s'employant à renforcer l'éducation du public et à mettre davantage d'information sur la santé à la disposition des femmes ;
- les parlementaires peuvent utiliser les outils législatifs qui sont à leur disposition pour veiller à ce que le droit à la santé soit appliqué par tous ;
- les parlementaires doivent réviser les lois ;
- les parlementaires doivent veiller à ce que les ressources financières adéquates soient consacrées à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile dans le processus budgétaire ;
- les parlementaires doivent exiger par des commissions d'enquêtes parlementaires des chiffres transparents sur les dépenses prévues et

effectives consacrées à la santé et s'assurer que les moyens promis pour la santé maternelle et infantile ont été mis en œuvre.

De ce fait les parlementaires ont besoin d'un espace politique suffisant pour pouvoir débattre et contrôler les crédits budgétaires alloués à la santé maternelle et infantile. Ils doivent en outre contrôler l'action du gouvernement en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, en ce qui concerne la mise en œuvre des politiques et des programmes. Les parlementaires doivent aussi renforcer leurs partenariats avec les acteurs pertinents du secteur de la santé.

II- Le cas du Burkina Faso

Au Burkina Faso, selon une enquête démographique et de santé (EDS) réalisée en 2010 toutes les 5 heures une femme meurt suite à une complication liée à la grossesse et 8 nouveau-nés meurent. Sur 1000 naissances vivantes, 28 meurent avant 1 mois de vie, 65 meurent avant leur premier anniversaire et 129 meurent avant leur cinquième anniversaire.

En termes d'information, le ratio de mortalité maternelle était de 484 pour 100 000 naissances vivantes selon la même enquête réalisée en 1998. En 2006, le recensement général de la population et de l'habitation notait un ratio de mortalité maternelle de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes.

1- Les causes de décès maternel et infanto-juvénile

Les causes des décès maternel et infanto-juvénile sont diverses au Burkina Faso. Concernant les causes de décès maternel elles sont spécifiées en causes directes et en causes indirectes.

a- Causes de décès maternels

Les principales causes directes de ces décès maternels sont : les hémorragies (30%), les infections (23%), la rétention placentaire (11,40%), les ruptures utérines (10%), les complications des avortements (10%), les éclampsies (4%). Les causes obstétricales directes sont responsables d'environ 80% des décès. Les hémorragies, les infections et les dystocies représentent à elles seules plus de deux tiers de ces causes directes.

Parmi les causes indirectes qui représentent environ 20%, on peut citer le paludisme, l'anémie, le VIH/SIDA et les hémoglobinopathies.

b- Causes de décès néonataux

S'agissant des causes de décès néonatales (enfants de moins d'un mois), elles sont essentiellement dues aux infections sévères (32%), à la prématurité /faible poids (22%), à l'asphyxie (21%), au tétanos néonatal (12%), et aux affections congénitales (5%), à la diarrhée (2%) et aux autres causes (6%).

c- Causes de décès infantiles

Pour les décès infantiles, les causes sont le paludisme, la rougeole, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et le SIDA.

Parlant des décès infanto-juvéniles ils sont dus à la pneumonie (24%), au paludisme et autres infections (20%), à la diarrhée (19%), aux causes néonatales (18%), au VIH/SIDA (4%) et à la rougeole (3%). Tous ces décès surviennent sur des terrains de malnutrition dans 54% des cas.

d- Autres causes de décès infanto-juvénile

A côté de ces causes médicales, il existe de nombreux autres facteurs qui favorisent cette mortalité chez les mères et les nouveaux nés au Burkina Faso. Certains facteurs liés à la terminologie des trois (03) retards, le retard pour décider de se consulter, le retard pour arriver à une formation sanitaire et le 3^e retard pour recevoir les soins adéquats.

Au niveau de la communauté, l'absence de prise de conscience que toute grossesse peut être à risque, la méconnaissance des signes de danger et l'insuffisance de planification familiale restent des obstacles majeurs à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

Le faible niveau de scolarisation et d'alphabétisation constitue aussi un handicap important pour la promotion de la santé des mères et des enfants. Outre le faible niveau d'instruction, le statut économique de la femme, de même que la forte méconnaissance des signes de complications d'une grossesse et les pratiques néfastes à la santé de la mère notamment les mutilations génitales féminines (MGF) sont autant de facteurs qui favorisent les décès maternels et infantiles.

Au niveau du transport, les moyens de transport et de communication sont insuffisants et mal répartis. Le rayon moyen d'action d'un service de santé est de 7 km, avec des disparités allant de moins d'un (1) km à plus de 40 km.

Au niveau des services de santé, les capacités opérationnelles globales du système de santé sont relativement faibles pour lutter contre la mortalité maternelle et infantile : de nombreux accouchements ne sont pas assistés par du personnel qualifié du fait d'une insuffisance quantitative et qualitative mais également du fait de la mauvaise répartition du personnel qui existe ; la capacité de prise en charge des complications liées à

l'accouchement reste encore faible. En exemple l'étude réalisée sur les besoins obstétricaux non couverts en mars 2001 révèle un déficit relatif de 65,83% d'interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues. Les disparités entre milieu rural et milieu urbain sont énormes, respectivement 74% et 16%. Les jeunes femmes de moins de 25 ans sont les plus touchées (56%), suivies de celles de 35-39 ans. La prise en charge des urgences infantiles reste à améliorer du fait d'un personnel insuffisant et d'un plateau technique inadapté (insuffisance d'équipements, de motivation du personnel).

Comme autres facteurs sous-jacents qui favorisent également les décès des mères et des nouveaux nés, on peut noter les aspects suivants :

- la situation économique difficile du pays ;
- le niveau élevé de la pauvreté de la population ;
- le faible niveau d'instruction des populations ;
- les pesanteurs socioculturelles

2- Les engagements du Burkina Faso en faveur de la santé maternelle et infanto-juvénile

Le Burkina Faso a souscrit à de nombreux engagements tant au niveau international qu'au niveau africain en faveur de la santé de mère et de l'enfant.

Au niveau international, le Burkina Faso a souscrit aux résultats de la CIPD et à son plan d'action. Cet engagement a conduit notre pays à revoir sa politique pour intégrer le concept de santé sexuelle et reproductive qui est une approche holistique de la santé de la femme. Le programme de santé maternelle et infantile a ainsi été revu pour donner un plan stratégique de santé de la reproduction.

Après le sommet du millénaire qui a défini les objectifs du millénaire pour le développement, le Burkina Faso a intégré ces objectifs dans sa dynamique de développement. Les objectifs 4, 5 et 6 (relatifs à la réduction de la mortalité infantile, la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre le VIH/SIDA) sont pris en compte comme cible. Les interventions en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ont été revues pour s'adapter à ces objectifs.

Dans l'esprit de la déclaration de Paris, le Burkina Faso a mis en œuvre des mesures de bonne gouvernance qui ont permis une meilleure utilisation des ressources notamment dans le secteur de la santé. Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, la politique sanitaire nationale et le plan national de développement sanitaire sont les cadres d'expression de cette bonne gouvernance en faveur de la santé de la mère et de l'enfant.

Le Burkina Faso a également ratifié la convention contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Il fait régulièrement un rapport d'application au comité mis en place par les Nations unies pour le suivi de cette convention. Parmi les actions phares en faveur de la santé de la femme, il faut noter l'application d'une loi interdisant la pratique des mutilations génitales féminines.

Au niveau africain, le Burkina Faso a participé à la conférence sur la maternité sans risque tenue à Niamey en 1989 (pour les pays francophones). Au cours de cette conférence, il a adopté un plan stratégique de maternité sans risque qui a remplacé le programme de santé maternelle et infantile de 1994-1998.

Le Burkina Faso a aussi souscrit à l'appel d'Abuja du 25 avril 2000 sur le projet « faire reculer le paludisme ». Le sommet d'Abuja s'est penché sur la

prévention et la prise en charge du paludisme, notamment chez les groupes vulnérables tels que les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Les efforts consentis dans ce sens sont nombreux parmi lesquels :

- la gratuité des soins préventifs pour les enfants et les femmes enceintes (y compris la prévention du paludisme) ;
- la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides aux femmes enceintes ;
- le changement de protocole de traitement des cas de paludisme par l'adoption des combinaisons de molécules.

Le Burkina Faso a adopté également la feuille de route africaine pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Cette adoption a conduit à l'élaboration et à l'adoption du plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso couvrant la période 2006-2015.

On relève aussi son inscription dans la déclaration de Maputo (18 au 22 septembre 2006) relative à la santé sexuelle et reproductive. Les actions prévues dans cette déclaration visent à accélérer les interventions dans l'optique des objectifs du millénaire pour le développement.

La première dame du Burkina Faso est co-responsable de l'initiative 2010 pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale lancée par les premières dames d'Afrique du Centre et de l'Ouest à Bamako en 2001. Cette initiative a été opérationnalisée au Burkina Faso par la création d'un comité de suivi des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale et la célébration chaque année, sous la présidence effective de la première Dame de la journée africaine de lutte contre la

mortalité maternelle et néonatale. Cette journée constitue annuellement un véritable cadre de plaidoyer en faveur de la santé maternelle et néonatale.

Enfin, le Burkina Faso a souscrit à la déclaration de Ouagadougou sur le renforcement des soins de santé primaire comme porte d'entrée pour la revitalisation du système de santé, la prise en charge des urgences et les mécanismes de partage de risque.

L'engagement politique réel et soutenu du Burkina Faso pour le développement sanitaire en général et celui des femmes et des enfants en particulier s'est manifesté ou se manifestent par les actions suivantes :

- l'instauration de la gratuité des soins préventifs pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans depuis 2002 ;
- l'adoption de la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) depuis 2002 ;
- l'augmentation du nombre de sages femmes/maïeuticiens d'Etat recrutés ;
- le renforcement de l'équipement des formations sanitaires ;
- l'amélioration des moyens de communication et de transport.

Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, les documents suivants ont été élaborés à travers les programmes et stratégies développées par le ministère de la santé :

- la stratégie maternité à moindre risque ;
- le plan d'accélération de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015 ;
- le programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) 2006-2010 ;

- le programme national de lutte contre les fistules obstétricales ;
- le plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme ;
- la politique de contractualisation.

Au titre des interventions mises en œuvre et leur niveau de réalisation on note, pour la réduction de la mortalité maternelle que les interventions contribuent à améliorer également la santé néonatale. Pour toutes ces raisons plusieurs interventions existent. Ce sont les suivantes :

- la planification familiale (PF) ;
- la prévention du paludisme chez les femmes enceintes ;
- la prévention de l'anémie chez la femme enceinte ;
- les soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) ;
- les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
- la consultation du post-partum.

Pour la réduction de la mortalité infanto-juvénile les stratégies et leur niveau de mise en œuvre sont décrits dans les lignes suivantes :

- vaccination antitétanique des femmes enceintes ;
- prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME/VIH) ;
- vaccination des enfants de moins d'un an ;
- prévention du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans ;
- nutrition des enfants.

La santé de la mère et de l'enfant n'est pas restée au Burkina à la seule charge du ministère de la santé. On note aussi la contribution d'autres acteurs dont :

- les autres départements ministériels ;
- les ONG, associations et fondations ;

- le secteur privé ;
- les autres acteurs.

Ces acteurs contribuent de manière diverse à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant au Burkina Faso.

3- Impact sur la santé maternelle et infanto -juvénile

L'enquête démographique et de santé (EDS) de 2003 a noté pour les enfants :

- une mortalité néonatale (enfants âgés de moins d'un mois) de 28‰ contre 47‰ en 1998 ;
- une mortalité infantile (enfants âgés de moins d'un an) de 65‰ contre 103‰ en 1998 ;
- une mortalité infanto-juvénile (enfants âgés de moins de cinq ans) de 129‰ contre 203‰ en 1998.

Quant à la santé des mères,

- en 1998 a noté une mortalité maternelle à 484 contre 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993 ;
- le recensement général de la population et de l'habitat de 2006 a noté 307,3 pour 100 000 naissances vivantes.

La mortalité maternelle reste en constante baisse mais la comparaison entre les données ESD et RGPH reste limitée.

4- Les Difficultés et perspectives

Si les résultats obtenus sont appréciables, il faut reconnaître qu'un certain nombre de difficultés entravent la bonne performance dans la mise en œuvre des différents programmes et stratégies. Il s'agit de :

- l'insuffisance des ressources (humaines, matérielles et financières) ;
- l'insuffisance d'activités d'information, de sensibilisation en vue d'induire un changement de comportement positif durable au sein des populations ;
- l'existence de barrières socioculturelles pour une vraie promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

A titre de perspectives, le renforcement des aspects suivants est proposé :

- le renforcement de la mise en œuvre de la feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- le renforcement des activités de prévention et prise en charge de la fistule obstétricale (FO) ;
- le renforcement des activités de planification familiale ;
- la perspective de passer à la gratuité dans la prise en charge des accouchements et des SONU ; on pourra envisager la mise à disposition de ressources supplémentaires pour les activités de soutien à l'application de la subvention notamment pour les volets communication-information des acteurs et les volets suivi de la mise en œuvre.

Conclusion

La situation de la santé maternelle et infanto-juvénile demeure toujours préoccupante dans le monde. On continue d'enregistrer un taux considérable de mortalité soit un décès toutes les deux minutes. Les causes de cette mortalité sont diverses et divergent selon les nations. La remarque à faire est que le taux de mortalité est beaucoup plus élevé dans les pays en développement surtout en Afrique que dans les pays développés. Toute

chose qui met en exergue la relation entre la pauvreté et le taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Face à cette situation, tous les acteurs sont interpellés afin de garantir aux mères et aux enfants une santé beaucoup plus améliorée. Au même titre que les autres acteurs du développement, les parlementaires doivent jouer pleinement leur rôle notamment à travers le vote des lois et également à travers le contrôle de l'action gouvernementale.

L'engagement de tous est important. Chacun à son niveau devra se sentir responsable. La santé maternelle, un investissement qui en vaut la peine.

AU BURKINA FASO



BURKINA FASO

- 1 femme meurt suite à une complication liée à la grossesse
- 8 nouveau-nés meurent

REDUCE

LES TROIS RETARDS

1^{er} Retard

Prise de décision



3^{eme} Retard

Accès aux soins



2^{eme} Retard

**Accès aux Formations
Sanitaires**

BURKINA FASO



REDUCE