

A photograph of a woman with dark skin and hair, wearing a light-colored lace-trimmed top, holding a newborn baby wrapped in a white blanket. They are in a hospital or clinic setting with various medical supplies and colorful fabrics visible in the background. The image is partially obscured by a semi-transparent pink and white geometric overlay at the top and a semi-transparent white overlay at the bottom.

**DIRECTIVES OPÉRATIONNELLES POUR
L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES
NOUVEAU-NÉS LORS DES OPÉRATIONS
DE SECOURS AUX RÉFUGIÉS**

La version électronique du présent document est publiée sur le site Internet du HCR. Des exemplaires imprimés peuvent être obtenus en contactant la Section de la santé publique à l'adresse HQPHN@unhcr.org. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite.

Acronymes

AZT	Zidovudine
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
ICU	Unité de soins intensifs
IPTp	Traitement préventif intermittent du paludisme au cours de la grossesse
MOH	Ministères de la Santé
NVP	Névirapine
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PPROM	Rupture prématurée des membranes avant terme
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
Rh	Facteur rhésus
SIS	Système d'information sanitaire
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
TPIp	Traitement préventif intermittent du paludisme au cours de la grossesse
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

1. OBJECTIF	3
2. CHAMP D'APPLICATION	3
3. RAISON D'ÊTRE	4
4. DIRECTIVES	4
4.1. CONTEXTE	4
4.2. COMMENT AMÉLIORER LA PLANIFICATION ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA PROGRAMMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ NÉONATALE	6
4.3. COMMENT AMÉLIORER LE SUIVI DE LA PROGRAMMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ NÉONATALE	15
5. ANNEXES	20
6. RÉFÉRENCES CITÉES	22

Page de couverture :
À partir du haut : République centrafricaine / HCR / S. Phelps / Décembre 2013 ;
Jordanie / HCR / J. J. Kohler / Septembre 2013

Quatrième de couverture : S. Hoibak / HCR Liban / 2014

Conception graphique : Alessandro Mannonchi / Rome



Tanzanie / Save the Children / J. Matas / Novembre 2013

1. Objectif

Ces directives opérationnelles sont destinées à orienter concrètement le personnel du HCR et de ses partenaires dans le domaine de l'amélioration de la santé néonatale lors des opérations de secours aux réfugiés. Ce document fournit des informations contextuelles et des définitions, il aborde des éléments particuliers des bonnes pratiques à prendre en considération lors de la planification des activités relatives à la santé maternelle et néonatale, et il prodigue des conseils pour surmonter les difficultés couramment rencontrées dans de nombreuses régions dans lesquelles le HCR et ses partenaires sont actifs.

2. Champ d'application

Les présentes directives s'appliquent à toutes les opérations du HCR, au cours de toutes les phases des déplacements. Elles s'adressent principalement au personnel clinique qui offre des soins aux réfugiés pour nos partenaires et au personnel de santé publique du HCR. Ces directives s'appuient sur les stratégies et politiques existantes telles que le *plan d'action Chaque nouveau-né*, la *Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant*, la *Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants*, l'*Appel à l'action pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée* et le *Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*, tout en accordant une attention particulière aux besoins uniques des populations de réfugiés (voir annexes).

Elles reposent sur des données probantes concernant la santé néonatale, qui sont de plus en plus nombreuses, comme les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la santé néonatale publiées en 2013, les difficultés programmatiques et opérationnelles cernées au cours des études de la mortalité néonatale réalisées dans le camp de réfugiés de Farchana au Tchad en 2012 et dans le camp de réfugiés de Nyarugusu en Tanzanie en 2013, une analyse de la mortalité néonatale en Jordanie en 2013, et des discussions avec le personnel de santé publique du HCR.

Ces directives doivent être respectées.

3. Raison d'être

La réduction de la mortalité néonatale nécessite la planification et la mise en œuvre d'activités relatives à la santé néonatale au niveau des communautés et des établissements. Qu'un nouveau-né qui a besoin de soins soit amené à l'établissement sanitaire depuis la maison, qu'il y soit transféré d'une autre institution ou d'un autre service hospitalier, ou qu'il vienne directement de la salle d'accouchement en raison d'un accouchement difficile, la gestion des soins qui lui seront apportés doit être planifiée afin que des agents sanitaires qualifiés soient disponibles et qu'ils disposent des ressources nécessaires pour évaluer en permanence son état de santé et pour réagir rapidement si une situation potentiellement catastrophique se présentait. Le présent document vise à fournir des directives générales afin d'améliorer la programmation en matière de santé néonatale dans les établissements sanitaires destinés à accueillir des réfugiés, ainsi que des outils pour la collecte d'informations spécifiques au contexte qui permettront d'adapter encore les stratégies adoptées pour répondre aux besoins de la population de réfugiés.

Le HCR est conscient de l'importance de la continuité des soins en matière de procréation, des soins maternels et des soins aux nouveau-nés, de la communauté à l'établissement de soins et à l'hôpital ; ce document porte essentiellement sur les activités de l'établissement de soins aux alentours de la naissance, période pendant laquelle le plus grand nombre de vies peut être sauvé. Ces directives s'articulent comme suit :

- 4.1 : Contexte
- 4.2 : Comment améliorer la planification et la mise en œuvre de la programmation en matière de santé néonatale
- 4.3 : Comment améliorer le suivi de la programmation en matière de santé néonatale

On trouvera en annexe des ressources complémentaires, et notamment des documents de référence d'ordre général, des directives cliniques et des modèles d'outils d'évaluation.

4. Directives

Selon les définitions approuvées par le Système de gestion des recommandations du HCR, ce document doit être considéré comme « des directives opérationnelles ». Ces directives s'appliquent aux pays à revenu faible ou intermédiaire, aux camps de réfugiés, ainsi qu'aux installations urbaines et situées hors des camps dans lesquelles le HCR soutient des programmes de santé publique.

4.1 CONTEXTE

Quel que soit le contexte, il est indispensable de comprendre les raisons pour lesquelles des nouveau-nés meurent et les facteurs qui influencent la couverture et la qualité des soins prénatals, intrapartum et postnatals pour améliorer les programmes de santé néonatale. Les sections suivantes résument ce que l'on sait de l'ampleur et des causes de mortalité néonatale à l'échelle mondiale ainsi que les conclusions de récentes études concernant la mortalité néonatale lors de la présence prolongée de réfugiés.

4.1.1 AMPLEUR ET TENDANCES MONDIALES

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la mortalité néonatale, définie comme tout décès survenant dans les 28 premiers jours de la vie, représente actuellement environ 44 % de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans. Environ les trois quarts de ces décès sont des décès néonataux précoces, qui surviennent au cours de la première semaine ; 36 % surviennent au cours des 24 heures suivant la naissance.

On estime actuellement à environ 2,9 millions le nombre de nouveau-nés qui meurent chaque année, et à 1,2 million le nombre d'enfants mort-nés (décédés au cours du travail). Plus de la moitié de tous les décès néonataux surviennent dans des pays enregistrant un taux de mortalité néonatale supérieur ou égal à 30 pour 1000 naissances d'enfants vivants. Nombre de ces pays ont connu un conflit ou une urgence humanitaire il y a peu, et accueillent des réfugiés.^{1,2*}

4.1.2 CAUSES DE LA MORTALITÉ NÉONATALE

Les trois principales causes de la mortalité néonatale sont les complications d'une naissance prématurée associées à un faible poids à la naissance, les infections, et les complications qui surviennent au cours de l'accouchement (anciennement appelées asphyxie à la naissance).

Ces causes sont responsables de plus de 85 % de la mortalité néonatale.

* Afghanistan, Angola, Burundi, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Inde, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Pakistan, RDC, République centrafricaine, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Tchad, Zimbabwe.

- Les bébés nés avant 37 semaines de grossesse sont considérés comme prématurés. **La naissance prématurée** est la cause la plus courante de mortalité néonatale dans le monde entier ; elle est responsable de 1,1 million de morts par an, dont 75 % sont évitables. De nombreux facteurs de risques sont connus, mais les causes de certains cas de naissances prématurées restent incertaines. Les quatre principales causes d'une naissance prématurée sont : le travail avant terme, la rupture des membranes avant terme et avant le travail, l'hémorragie antepartum, et une grave pré-éclampsie.

On considère comme faible le poids des bébés qui pèsent moins de 2500 grammes à la naissance. **Un faible poids à la naissance** peut être la conséquence d'une naissance prématurée, d'une petite taille par rapport à l'âge gestationnel (généralement attribuée à un retard de croissance intra-utérin), ou d'une combinaison de ces deux facteurs. Un faible poids à la naissance contribue directement ou indirectement à environ 60-80 % de tous les décès de nouveau-nés.

- Le nouveau-né peut contracter de graves infections bactériennes provoquées par un certain nombre d'agents infectieux, et ce in utero, au cours de l'accouchement ou après la naissance. Des infections telles que la syphilis se transmettent de mère à enfant au cours de la grossesse ou de l'accouchement. D'autres infections, comme le tétanos, résultent de causes environnementales ou de pratiques adoptées au cours de la période néonatale. Les grandes maladies infectieuses comme la septicémie, la méningite et la pneumonie sont difficiles à différencier chez le nouveau-né, et sont de ce fait regroupées sous le nom de **graves infections bactériennes potentielles**. Ces infections sont responsables de plus ou moins un tiers de la mortalité néonatale mondiale, et jusqu'à 50 % de la mortalité néonatale là où la mortalité est élevée.
- **Les décès de nouveau-nés intrapartum** (asphyxie à la naissance) représentent près d'un quart des décès de nouveau-nés. Ces décès résultent de la privation d'oxygène des nouveau-nés au cours de la naissance, le plus souvent due à une chute de la tension artérielle de la mère ou à une perturbation de la circulation sanguine en direction du cerveau du bébé au cours de l'accouchement.

Parmi les autres causes de mortalité néonatale, moins courantes, citons les anomalies congénitales telles que des malformations cardiaques, des anomalies du tube neural et des troubles métaboliques. Les causes de mortalité néonatale chez les réfugiés ne diffèrent pas des causes mondiales de la mortalité néonatale. Toutefois, les facteurs de risque sous-jacents et les problèmes de santé qui contribuent aux

décès de nouveau-nés peuvent être exacerbés dans les situations d'urgence impliquant des réfugiés, en raison de l'absence d'abris et de sanitaires adéquats, de la malnutrition dont souffrent les mères, de la présence limitée de personnel qualifié lors des accouchements, du peu de soins qui peuvent être assurés au cours des 24 à 48 heures suivant l'accouchement, et d'un faible taux d'allaitement maternel précoce et exclusif.

4.1.3 LA MORTALITÉ NÉONATALE CHEZ LES RÉFUGIÉS

Peu d'études ont été publiées au sujet de l'ampleur de la mortalité néonatale lors d'urgences humanitaires complexes, et plus rares encore sont celles qui donnent des informations utiles à l'amélioration de la prestation de services dans de telles situations.³

Dans le cadre des efforts du HCR visant à élaborer des stratégies améliorées de surveillance de la mortalité néonatale et d'activités de subsistance, des études ont été menées dans le camp de réfugiés de Farchana au Tchad en 2012 et dans le camp de réfugiés de Nyarugusu en Tanzanie en 2013 afin d'évaluer l'exactitude avec laquelle le système d'information sanitaire du HCR enregistre les décès néonataux, de mieux comprendre les causes de la mortalité néonatale dans ces camps de réfugiés et de formuler des recommandations quant aux moyens de réduire la mortalité néonatale évitable. Ces études ont utilisé la méthode de capture-recapture pour compter les décès néonataux, les mortinaissances et les naissances d'enfants vivants, et la méthode d'autopsie verbale de l'OMS pour déterminer les causes profondes des décès néonataux relevés. Bien que les causes de décès dans ces deux camps de réfugiés fussent semblables aux causes établies par les études menées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire – la plupart des décès étaient dus à la prématurité, à une infection ou à une combinaison de ces deux facteurs et s'étaient produits au cours de la première semaine –, la localisation et les circonstances de ces décès étaient différentes. Une procédure d'audit de la mortalité néonatale a aussi été mise sur pied dans le camp de réfugiés de Zaatar en Jordanie afin de comprendre l'augmentation de la mortalité néonatale qui y a été constatée par le système d'information sanitaire en 2013. Les vérifications initiales ont montré que la plupart des décès étaient provoqués par la prématurité, une infection ou une anomalie congénitale, et qu'une connaissance insuffisante des problèmes de santé nécessitant des soins urgents ainsi que le faible développement des systèmes de transport urgent contribuaient tous deux à la mortalité néonatale.

La compréhension des besoins spécifiques en fonction du contexte est donc la première étape de l'amélioration des programmes relatifs à la santé néonatale. Du fait que la palette et la constance des services de santé des



Timor-Leste / HCR / N. Ng / Juin 2006

opérations en rapport avec des réfugiés varient grandement, ces activités doivent être adaptées aux caractéristiques, possibilités et contraintes spécifiques du contexte pour être efficaces. Il est indispensable de déterminer les pratiques positives particulières qui peuvent être intégrées aux services associés à l'éventail des soins prodigués de la communauté à l'hôpital et d'éliminer les pratiques négatives courantes qui augmentent les risques de mauvais résultats.

4.2 COMMENT AMÉLIORER LA PLANIFICATION ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA PROGRAMMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ NÉONATALE

L'établissement des priorités lorsque les ressources sont limitées peut constituer un véritable défi. Le HCR peut améliorer la programmation en matière de santé néonatale par une meilleure sensibilisation aux interventions qui peuvent être intégrées aux services courants associés au continuum des soins en matière de santé de la procréation, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, ainsi qu'en aidant ses partenaires sanitaires à recenser les stratégies les plus prometteuses grâce à l'analyse des situations auxquelles ils sont confrontés, et notamment de l'épidémiologie et de la distribution de la population, des tendances en matière d'utilisation des services, des obstacles qui s'opposent à l'accès aux soins de santé, de la disponibilité des ressources et de la constance des systèmes de soutien.

RESSOURCES ESSENTIELLES – DIRECTIVES POUR LES SERVICES SANITAIRES

Soins prénatals

[UNHCR Strategic Plan for Anaemia Prevention, Control and Reduction \(2008\)](#)

[UNHCR Policy Statement of HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees \(2014\)](#)

Soins prodigués au cours du travail et de l'accouchement

[Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement \(2003\)](#)

[UNHCR Principles and Guidance for Referral Health Care \(2009\)](#)

[Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire \(2010\)](#)

Soins néonataux et postnatals essentiels

[UNICEF Toolkit for Setting Up Special Care Newborn Units, Stabilization Units and Newborn Care Corners \(2011\)](#)

Procédures opérationnelles permanentes du HCR pour la gestion des substituts du lait maternel en situation de réfugiés (à paraître)

Interventions en matière de santé publique

[Malaria Prevention: Quick Checklist \(2013\)](#)

Pour commencer, le HCR et ses partenaires doivent passer en revue les programmes sanitaires actuels pour repérer les goulets d'étranglement de la prestation de services et les occasions manquées de sauver la vie de nouveau-nés. L'accent doit être mis sur le recensement d'un ensemble d'interventions visant à améliorer la disponibilité et la qualité des soins aux nouveau-nés le jour de leur naissance, lorsque se produisent 46 % des décès maternels et 40 % de l'ensemble des mortinaissances et des décès néonataux. Ces interventions doivent ensuite être prises en compte lors de la conception, de la budgétisation, du recrutement, de la mise en œuvre et du suivi des programmes relatifs à la santé des réfugiés.

Des initiatives complémentaires peuvent alors s'ajouter à cet ensemble d'interventions afin de renforcer les liens entre les communautés et les établissements sanitaires au cours des périodes prénatale et postnatale, de sensibiliser les communautés aux signes précurseurs de complications obstétriques et néonatales, de les encourager à rechercher des soins de santé en temps utile, et d'assurer le suivi de l'impact des interventions.

4.2.1 AXER LA RÉPONSE OPÉRATIONNELLE SUR DES INTERVENTIONS PEU COÛTEUSES À FORT IMPACT

Nous disposons de preuves concluantes que la grande majorité des décès de nouveau-nés peut être évitée grâce à des interventions sanitaires peu coûteuses à fort impact assurées par des systèmes de santé au fonctionnement efficace. Il s'agit notamment de :

I. SOINS AVANT LA CONCEPTION

La prévention, la promotion de la santé et les soins curatifs avant la grossesse visent à réduire les comportements et les facteurs personnels et environnementaux qui contribuent à de mauvais résultats en matière de santé maternelle et infantile.

Quelques interventions clés :

- **Dépistage et traitement de l'anémie**
Des recherches montrent que l'anémie avant la conception augmente les risques d'avoir un bébé de faible poids à la naissance. Le dépistage de l'anémie chez les adolescentes et les femmes doit être une opération de routine lors de tout contact dans les dispensaires pour patients ambulatoires dans les camps de réfugiés, et un traitement doit être fourni à celles qui souffrent d'une carence en fer, même en l'absence de grossesse.

- **Promotion d'une planification et d'un espacement sains des naissances, et fourniture de services de planification familiale**

Les femmes qui connaissent des grossesses très rapprochées sont plus susceptibles de mettre au monde des bébés prématurés ou d'un faible poids à la naissance, et les adolescentes sont plus susceptibles de mettre au monde des bébés en mauvaise santé.⁴ C'est pourquoi en les encourageant à espacer les naissances et à les planifier sagement, il est possible d'améliorer les résultats en matière de santé. À cet effet, on peut renforcer les actions d'information, d'éducation et de communication concernant les avantages de la planification familiale et les endroits où il est possible d'obtenir ces services, avec l'aide des leaders communautaires et des personnes influentes, et en veillant à ce que ces services soient accessibles aux adolescentes, aux femmes, aux hommes et aux couples au sein des établissements sanitaires et de la communauté.

II. SOINS PRÉNATALS

Les soins prénatals donnent l'occasion de dépister et de traiter les complications moins courantes mais à haut risque de la grossesse associées à des complications et à la mortalité néonatales. Des services doivent être mis en place le plus tôt possible lors d'une intervention d'urgence, et les femmes enceintes doivent être encouragées à se rendre dans un dispensaire prénatal le plus tôt possible au cours du premier trimestre.

Les services de soins prénatals suivants doivent être mis en place :

- **Dépistage et traitement de l'hypertension**
L'hypertension peut compliquer 8 % des grossesses et constitue la deuxième cause de décès maternels à l'échelle mondiale. La détection et la gestion de l'hypertension au cours de la grossesse (notamment le traitement au sulfate de magnésium) peuvent faire baisser la mortalité antepartum de 20 %.
- **Le dépistage et le traitement de l'anémie**
L'anémie au cours de la grossesse représente un risque de dommages cognitifs permanents et de mortalité pour l'enfant. Il s'avère que, parallèlement à la prévention du paludisme et au contrôle des ankylostomes, l'administration systématique de fer et d'acide folique prévient l'anémie dans les régions où sa prévalence est élevée. Quel que soit le contexte, l'anémie doit être dépistée chez les femmes enceintes le plus tôt possible au cours de leur grossesse et au cours de chaque trimestre, y compris à la naissance.

Les femmes chez qui une anémie a été diagnostiquée doivent recevoir un traitement conforme aux protocoles cliniques habituels.

- **Conseils, dépistage et traitement de la syphilis**

Le dépistage universel de la syphilis s'est révélé d'un bon rapport coût/efficacité, même dans les zones où sa prévalence est faible.⁵ Dans les pays où la syphilis est endémique, le dépistage prénatal de la syphilis et le traitement à la pénicilline des cas détectés pourraient faire baisser de 64 % le nombre de naissances prématurées et de 80 % la mortalité néonatale provoquée par une septicémie.⁶ Toutes les femmes enceintes doivent bénéficier de conseils et du dépistage de la syphilis le plus tôt possible au cours de leur grossesse afin d'optimiser les effets du traitement.

- **Vaccination par anatoxine tétanique**

Des études montrent que la vaccination des femmes enceintes à l'aide de deux doses ou plus d'anatoxine tétanique administrées à 4 semaines d'intervalle minimum peut réduire les risques de tétanos néonatal de 65 % et les risques de mortalité due au tétanos de 94 %.⁶

- **Traitement préventif intermittent du paludisme et fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide**

Des études ont montré que le traitement préventif intermittent du paludisme (TPIp) au cours de la grossesse pouvait réduire les risques de mortalité néonatale de 31 %, et que l'utilisation de moustiquaires imprégnées pendant la grossesse pouvait réduire les risques de faible poids à la naissance de 20 %.⁶ Le TPIp recommandé consiste en un traitement sous surveillance directe à l'aide de trois comprimés de 500 mg/25 mg sulfadoxine-pyriméthamine lors de chaque visite médicale prénatale, deux doses au moins étant administrées au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse.

- **Conseils, dépistage et traitement du VIH/sida (conformément aux protocoles nationaux)**

Les médicaments antirétroviraux diminuent la réplication virale et peuvent réduire la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant. Les directives actuelles de l'OMS recommandent l'administration aux femmes enceintes ou allaitantes séropositives de trois médicaments antirétroviraux le plus tôt possible, et la poursuite à vie de ce traitement. Toutes les femmes enceintes doivent recevoir des conseils et se voir proposer le dépistage du VIH/sida, ainsi qu'un traitement conforme aux protocoles nationaux.

- **Détermination des groupes sanguins et administration d'immunoglobulines anti-D**

Lorsqu'il existe une incompatibilité entre les facteurs rhésus (Rh) de la mère et du fœtus, le nouveau-né peut être atteint d'une affection hémolytique qui provoquera la jaunisse, un œdème et des difficultés respiratoires. Il est possible de prévenir cette affection si l'on détermine le groupe sanguin de la mère au cours des soins prénatals, on lui injecte des immunoglobulines anti-D au cours de la 28^e semaine de grossesse si elle est de facteur rhésus négatif pour éviter qu'elle ne fabrique des anticorps dirigés contre le fœtus, et on lui administre une seconde dose d'immunoglobulines anti-D à la naissance s'il s'avère que l'enfant est de facteur rhésus positif. Les protocoles nationaux pour la gestion de l'incompatibilité des facteurs rhésus doivent être suivis lors des soins aux réfugiés, et il faut s'efforcer de plaider pour que toutes les femmes qui ont besoin d'immunoglobulines anti-D puissent en recevoir.

III. GESTION DES MENACES D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET DES COMPLICATIONS OBSTÉTRIQUES

Les interventions visant à gérer le travail avant terme ont pour but de diminuer les complications graves d'une naissance prématurée, qui constitue la cause la plus courante de mortalité néonatale. Ces interventions nécessitent la prise en charge de la mère dès le début du travail, la disponibilité de médicaments essentiels, et un personnel capable de reconnaître les signes d'un travail avant terme et de prodiguer des soins adaptés :

- **Administer des tocolytiques aux femmes enceintes lors d'un travail avant terme**

Des médicaments qui font cesser les contractions utérines peuvent être donnés pour prolonger la grossesse pendant une courte période (jusqu'à 48 heures) afin de permettre l'administration de corticostéroïdes avant la naissance et le transfert vers un établissement de plus haut niveau au besoin. Les tocolytiques recommandés sont le salbutamol, la nifédipine et l'indométacine.

- **Administer des corticostéroïdes à toute femme enceinte n'ayant pas atteint la fin de la 34^e semaine de grossesse et souffrant d'une affection qui augmente les risques d'accouchement avant terme**

Toute femme qui n'a pas atteint la fin de la 34^e semaine de grossesse et qui entre en travail avant terme, ou qui connaît une rupture des membranes avant terme et avant le début du travail, une hémorragie antepartum, une pré-éclampsie grave ou une éclampsie doit recevoir une cure prénatale de corticostéroïdes,

lesquels accélèrent le développement des poumons du fœtus alors que celui-ci se trouve encore dans l'utérus. Il est recommandé de lui faire 4 injections de dexaméthasone 6 mg, un médicament générique peu coûteux et thermostable. L'administration prénatale de corticostéroïdes est l'intervention la plus efficace pour prévenir le syndrome de détresse respiratoire, et l'augmentation de son utilisation en vue du travail avant terme lors de l'accouchement dans un établissement sanitaire pourrait faire baisser la mortalité néonatale de 53 %.⁶

- **Administrar des antibiotiques aux femmes qui présentent une rupture prématurée des membranes avant terme**

Des antibiotiques doivent être administrés aux femmes qui présentent une rupture prématurée des membranes avant terme, car ils retardent le travail et diminuent les risques de syndrome de détresse respiratoire et d'infections chez les nouveau-nés. Il est actuellement recommandé de donner 2 g d'ampicilline par IV deux fois par jour et 250 mg d'érythromycine par voie orale trois fois par jour pendant les 2 premiers jours du traitement, puis 500 mg d'amoxicilline par voie orale et 250 mg d'érythromycine par voie orale trois fois par jour jusqu'au 7^e jour. L'augmentation de l'utilisation d'antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes avant terme pourrait faire baisser la mortalité néonatale due à la prématurité de 12 % et la mortalité néonatale due à la septicémie de 8 %.⁶

IV. GESTION DE L'ACCOUCHEMENT

Des soins qualifiés pendant le travail, comprenant la surveillance attentive du rythme cardiaque du fœtus et une action rapide en cas de signes de détresse, pourraient éviter 43 % des décès de nouveau-nés. Les interventions suivantes sont essentielles, quel que soit le contexte :

- **Un accouchement sans danger et dans de bonnes conditions d'hygiène dans un établissement sanitaire, en présence d'un accoucheur qualifié**

Des études ont montré que la présence d'un accoucheur qualifié lors de l'accouchement réduisait les risques de mortalité néonatale de 25 %, et que les pratiques d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène dans les établissements sanitaires réduisaient les risques de mortalité néonatale due à une infection de 27 %.⁶ Il est capital de veiller à ce que les agents sanitaires disposent de ressources adéquates pour faciliter un accouchement sans danger, dans de bonnes conditions d'hygiène, afin de prévenir les infections chez les nouveau-nés. Les « cinq mesures d'hygiène » recommandées par l'OMS sont le lavage des mains

(avant, pendant et après l'accouchement), la propreté de la surface d'accouchement, la section du cordon ombilical dans de bonnes conditions d'hygiène, la propreté du nœud du cordon ombilical, et des soins d'hygiène du moignon du cordon ombilical. L'utilisation d'un partogramme pour suivre et enregistrer l'avancement du travail et le rythme cardiaque du fœtus, ainsi que l'action rapide en cas de signes de détresse fœtale ou de dystocie et l'abandon de pratiques néfastes telles que la dangereuse application d'une pression sur le fond de l'utérus au cours du travail, peuvent prévenir une asphyxie potentiellement mortelle. L'accouchement dans un établissement sanitaire doit être encouragé pour la totalité (100 %) des femmes enceintes grâce à une mobilisation active de la communauté.

- **Veiller à ce que toutes les femmes qui connaissent des complications bénéficient rapidement de soins obstétriques d'urgence**

Des soins obstétriques d'urgence apportés à temps peuvent éviter le décès de nouveau-nés provoqué par une mauvaise oxygénation du fœtus associée à des complications lors de l'accouchement. Les établissements sanitaires qui ne disposent pas d'une salle d'opération peuvent assurer des soins obstétriques d'urgence élémentaires comme l'administration d'antibiotiques par voie parentérale, l'administration d'anticonvulsifs par voie parentérale (par ex. du sulfate de magnésium), l'extraction manuelle du placenta, l'accouchement par voie basse assisté, l'extraction manuelle d'un produit de la conception et la réanimation néonatale de base. Les établissements qui disposent d'une salle d'opération doivent veiller à disposer des ressources et du personnel qualifié nécessaires pour assurer l'ensemble de ces services, mais également pour pratiquer une césarienne et une transfusion sanguine sans danger, car il s'avère que les soins obstétriques d'urgence élémentaires réduisent les risques de mortalité néonatale de 40 % et que des soins obstétriques d'urgence complets réduisent les risques de mortalité néonatale de 85 %.⁵ Dans les contextes dans lesquels les femmes qui souffrent de complications doivent être orientées vers des établissements nationaux pour y recevoir des soins d'urgence, des protocoles clairs doivent être mis en place qui définissent les critères et les méthodes d'orientation et qui précisent comment le traitement doit être commencé pour stabiliser la femme et le nouveau-né avant leur transfert.

V. SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAU-NÉS

Les soins essentiels aux nouveau-nés, dont les soins appropriés au cordon ombilical, les soins thermiques, le déclenchement de la respiration et la réanimation, l'instauration précoce de l'allaitement maternel exclusif, et les soins oculaires, pourraient prévenir encore 10 % des décès néonataux.⁶

▪ Différer le clamage du cordon ombilical

Lorsque l'on diffère le clamage du cordon ombilical, le sang peut continuer à passer du placenta vers le bébé pendant encore 1 à 3 minutes après la naissance, ce qui augmente considérablement les réserves en fer du bébé, prévenant ainsi l'anémie. L'OMS recommande également de différer le clamage du cordon ombilical dans le cas de mères séropositives ou dont le statut sérologique est inconnu.⁷

▪ Veiller à la bonne hygiène du cordon ombilical

Le cordon ombilical de tous les nouveau-nés doit faire l'objet de soins d'hygiène, notamment par l'utilisation de digluconate de chlorhexidine à 7,1 % pour prévenir les infections dans des situations où les ressources sont

limitées. L'application de digluconate de chlorhexidine à 7,1 % sur le moignon du cordon ombilical pourrait faire baisser la mortalité néonatale de 12 %.⁶

▪ Apporter des soins thermiques appropriés à tous les nouveau-nés

Tous les nouveau-nés ne présentant aucune complication doivent être correctement séchés, couverts (y compris la tête, par exemple à l'aide d'un bonnet) et rester en contact peau à peau avec leur mère au cours de la première heure suivant la naissance afin de prévenir l'hypothermie et de promouvoir l'allaitement maternel. Le premier bain ne doit pas leur être donné moins de 24 heures après la naissance. Des soins thermiques appropriés pourraient éviter 20 % des décès de nouveau-nés causés par des complications liées à une naissance prématurée et 10 % des décès de bébés nés à terme.⁶

▪ Stimuler et, au besoin, réanimer à l'aide d'un ballon et d'un masque tous les bébés qui ne respirent pas à la naissance

Jusqu'à 10 % des nouveau-nés ont besoin d'une forme



d'assistance pour commencer à respirer à la naissance, mais moins de 1 % ont besoin de mesures poussées telles que de l'oxygène. Les nouveau-nés qui ne se mettent pas à respirer spontanément après avoir été bien séchés doivent être stimulés en frottant 2 ou 3 fois leur dos. De cette façon, la plupart des nouveau-nés commenceront à respirer et continueront à le faire au cours de la « minute en or » qui suit la naissance. Lorsqu'un nouveau-né ne respire pas spontanément malgré un séchage complet et une stimulation supplémentaire, il faut recourir à la ventilation en pression positive à l'aide d'un ballon autogonflant et d'un masque dans la minute suivant la naissance. Les agents sanitaires présents à la naissance doivent être préparés, reconnaître un bébé qui ne respire pas et commencer immédiatement la réanimation néonatale, et enfin évaluer la suffisance de la ventilation en prenant le rythme cardiaque après chaque période de 60 secondes de ventilation accompagnée de mouvements visibles du thorax. Lorsqu'elles sont réalisées efficacement, ces quelques actions toutes simples permettent de prévenir 30 % des décès de nouveau-nés nés à terme et 5 à 10 % des décès de nouveau-nés prématurés.⁶

- **Promouvoir l'instauration précoce de l'allaitement maternel exclusif de tous les nouveau-nés**

Le simple fait de veiller à ce que tous les bébés soient allaités dans l'heure suivant leur naissance a été associé à une réduction de la mortalité néonatale pouvant atteindre les 44 %. En outre, l'allaitement maternel exclusif prévient la transmission du VIH/sida aux nourrissons et provoque des contractions utérines qui diminuent les saignements excessifs chez la mère.

- **Donner à tous les nouveau-nés un traitement antiseptique pour les yeux**

Tous les nouveau-nés doivent recevoir une pommade ou un collyre antimicrobien pour les yeux dès que possible après la naissance, de préférence dans l'heure suivant la naissance mais après la première tétée. Ce traitement les protège de graves infections oculaires qui peuvent provoquer la cécité ou même la mort.

- **Donner de la vitamine K à tous les nouveau-nés**

Tous les nouveau-nés doivent recevoir 1 mg de vitamine K par voie intramusculaire au cours de la deuxième heure après la naissance (au cours de la première heure, les nourrissons doivent rester en contact peau à peau avec leur mère et l'allaitement maternel doit commencer).

- **Surveiller les nouveau-nés afin de détecter d'éventuels signes de danger**

Tous les nouveau-nés doivent être examinés afin de détecter les signes d'une éventuelle affection potentiellement fatale immédiatement après la naissance et tout au long de la période néonatale. Le personnel de santé doit également être à même d'apprendre aux familles à reconnaître les signes précurseurs de complications néonatales et à faire soigner le nouveau-né dès qu'elles détectent de tels signes. Parmi les signes de danger, citons un changement alimentaire soudain, lorsque le nouveau-né cesse de s'alimenter correctement ; une baisse d'activité ou une absence de mouvements ; des difficultés respiratoires ; un resserrement de la poitrine ; de la fièvre ou une hypothermie ; des spasmes ou convulsions ; et les paumes ou la plante des pieds qui jaunissent.

VI. LES NOUVEAU-NÉS PRÉMATURÉS ET DE FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

La généralisation d'interventions en faveur des nouveau-nés de petite taille ou malades pourrait faire baisser la mortalité néonatale de 30 %. Il convient notamment de :

- **Pendant la semaine suivant leur naissance, recourir à la méthode kangourou pour stabiliser sur le plan clinique les nouveau-nés pesant moins de 2500 g**

La méthode kangourou consiste en un contact peau à peau permanent et de longue durée entre la mère (ou un remplaçant) et son bébé, associé à un soutien au positionnement, à l'allaitement et à la prévention et la gestion des infections et les difficultés respiratoires. Les bébés prématurés de faible poids pesant plus de 1200 g qui ne souffrent pas de complications et qui sont dans un état clinique stable doivent être mis en contact peau à peau avec leur mère peu après la



Il est conseillé de nourrir le nourrisson avec du lait maternel tiré, à l'aide d'une tasse, lorsque l'allaitement au sein n'est pas possible. Tanzanie / Save the Children / Colin Crowley / Décembre 2010

naissance, après les avoir séchés correctement afin de prévenir une hypothermie. Il a été démontré que dans le cas des bébés prématurés, la méthode kangourou réduisait les risques de mortalité néonatale de 40 %, et qu'elle donnait de meilleurs résultats qu'un séjour en couveuse.⁸

- **Veiller à ce qu'un protocole clairement défini soit mis en place et suivi pour l'orientation des nouveau-nés pesant moins de 2500 g**

Il convient de donner du lait maternel tiré, à l'aide d'une autre méthode d'alimentation, aux nouveau-nés cliniquement stables pesant entre 1500 et 1750 g qui ne se nourrissent pas suffisamment, et de les autoriser à quitter l'établissement de santé lorsqu'ils pèsent plus de 1750 g, pour autant qu'ils respirent sans difficulté et qu'ils arrivent à maintenir leur température corporelle, et que leurs mères aient confiance en leur capacité à prendre soin d'eux. Les nouveau-nés de très faible poids, pesant entre 1000 et 1499 g, doivent être pris en charge par une unité de soins intensifs et ne peuvent être autorisés à quitter l'établissement que lorsqu'ils pèsent plus de 1750 g et qu'ils ne présentent aucune complication. Dans tous les autres cas, le pronostic et les coûts encourus doivent déterminer s'il est opportun de maintenir le bébé dans l'unité des soins intensifs, dans le respect des [Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires \(2009\)](#).

- **Reconnaître et gérer tout cas d'ictère néonatal**

De nombreux nourrissons, surtout des bébés prématurés ou d'un faible poids à la naissance, présentent un ictère (ou jaunisse) au cours de la première semaine de leur vie. Dans la plupart des cas, le taux de bilirubine qui provoque l'ictère n'est pas dangereux et aucun traitement n'est nécessaire. Néanmoins, tout ictère visible au cours des premières 24 heures doit être considéré comme grave. Tous les nouveau-nés doivent faire l'objet d'un suivi systématique visant à détecter un éventuel ictère, et le taux de bilirubine sérique doit être mesuré chez tous les bébés chez qui un ictère apparaît au cours des premières 24 heures ou dont la paume ou la plante des pieds jaunit à quelque moment que ce soit.

VII. SOINS POSTNATALS POUR TOUS LES NOUVEAU-NÉS

Les soins postnatals apportés peu après la naissance jouent un rôle particulièrement important dans la réduction du pourcentage élevé de décès néonataux qui se produisent au cours de la première journée de vie des bébés. Si la naissance a lieu dans un établissement de soins, les mères et les nouveau-nés doivent bénéficier de soins postnatals dans cet

établissement pendant au moins 24 heures après la naissance. Si la naissance a lieu à la maison ou dans la communauté, la première visite postnatale à l'établissement sanitaire doit être effectuée dès que possible, dans les 24 heures suivant la naissance (la mère et le nourrisson se rendront à nouveau à l'établissement le 3^e jour et au cours de la deuxième semaine de l'enfant). Il est également recommandé que des agents sanitaires rendent visite aux nouveau-nés à la maison durant leur première semaine de vie afin de détecter les nouveau-nés qui ont besoin de soins supplémentaires en raison de difficultés pour se nourrir, de convulsions, d'une respiration rapide, d'un resserrement important de la poitrine, de fièvre, d'une hypothermie, d'une absence de mouvements ou d'un ictère.

- **Vacciner tous les nourrissons contre la poliomyélite par voie orale et contre l'hépatite B le plus tôt possible après la naissance**

Le vaccin oral antipoliomyélitique est recommandé dans tous les pays où la poliomyélite est endémique et dans les pays à haut risque d'importation et de propagation subséquente de la maladie, la première dose devant être administrée à la naissance (cette dose est appelée « dose zéro », car elle ne compte pas dans la première série de vaccinations). On trouvera des conseils plus détaillés dans le [Note de synthèse de l'OMS : vaccination et vaccins antipoliomyélitiques – Janvier 2014](#). Tous les nourrissons doivent aussi recevoir leur première dose de vaccin contre l'hépatite B conformément aux protocoles nationaux, de préférence dans les premières 24 heures. Ces vaccinations à la naissance fournissent en outre une opportunité de commencer un Programme élargi de vaccination (PEV) systématique et d'expliquer aux personnes qui prennent soin du nourrisson l'importance d'un programme de vaccination infantile complet.

- **Promouvoir l'allaitement maternel exclusif**

L'instauration de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, l'allaitement maternel exclusif des nourrissons jusqu'à l'âge de 6 mois et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans sont fortement recommandés pour prévenir les infections et garantir un régime alimentaire approprié aux nouveau-nés, aux nourrissons et aux jeunes enfants. Tous les nourrissons doivent être allaités à la demande, aussi bien le jour que la nuit (huit fois par jour ou plus en 24 heures), aussi longtemps que le nourrisson le souhaite. La mère ne doit pas forcer son bébé à se nourrir, interrompre la tétée avant qu'il ait fini, ni lui donner une autre forme de nourriture ou de boisson jusqu'à l'âge de six mois. Un suivi intensif des nouveau-nés incapables de téter est recommandé, comprenant des conseils et un soutien aux personnes qui prennent

soin de ces bébés quant aux méthodes alternatives d'alimentation (c.-à-d. la tasse ou la cuillère) ainsi qu'un suivi régulier de la croissance des bébés.

- **Donner des antibiotiques à tous les nouveau-nés présentant des signes d'infection bactérienne grave**

La détection et le traitement précoces d'infections soupçonnées chez le nouveau-né, comme la pneumonie et la septicémie, sont décisifs. Les signes précurseurs d'une infection bactérienne grave peuvent être un fort ictère accompagné d'une distension abdominale, mais aussi par exemple un bombement de la fontanelle, une rougeur ombilicale s'étendant sur la peau périombilicale, et des articulations gonflées et douloureuses. En cas d'infection néonatale grave, il est recommandé d'administrer un traitement antibiotique par injection de 10 à 14 jours dans un établissement sanitaire. L'administration d'une antibiothérapie adéquate aux nouveau-nés présentant des signes d'infection bactérienne grave peut réduire la mortalité néonatale due à une pneumonie de 75 %, et à une septicémie, de 65 %.

- **Administrer une prophylaxie antirétrovirale à tous les nourrissons nés d'une mère séropositive sous antirétroviraux**

Tous les nourrissons exposés au VIH/sida doivent recevoir des médicaments antirétroviraux après la naissance afin de réduire la transmission périnatale du VIH/sida, conformément aux protocoles nationaux. Les [Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH de 2013](#) recommandent l'administration quotidienne de névirapine (NVP) ou de zidovudine (AZT) aux nourrissons exposés au VIH/sida, de la naissance à l'âge de 4 à 6 semaines et ce, quelle que soit la méthode d'alimentation du nourrisson.

VIII. VEILLER À DISPOSER DE PERSONNEL ADÉQUAT ET AU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Environ la moitié de la mortalité néonatale peut être limitée par le renforcement des interventions axées sur la mère et l'autre moitié, par les interventions dont bénéficie le nouveau-né. Le HCR et ses partenaires doivent veiller à ce que tous les établissements sanitaires des camps de réfugiés disposent d'un personnel adéquat pour assurer les soins



nécessaires à la mère et au nouveau-né 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

Ceci signifie qu'au moins un accoucheur qualifié doit être disponible dans l'établissement sanitaire, et que d'autres médecins, infirmières/sages-femmes ou cadres équivalents doivent pouvoir être appelés en tout temps. De plus, il est indispensable de recenser les cadres et les membres du personnel responsables des interventions à fort impact et à faible coût qui sauvent la vie de nouveau-nés durant les soins prénatals, le travail, l'accouchement et la période postnatale, et d'inscrire ces responsabilités dans leurs définitions d'emploi.

Tous les agents sanitaires assignés aux services de maternité et de pédiatrie ou qui y travaillent en tournante doivent être formés aux soins essentiels aux nouveau-nés et recevoir des directives ou des outils de travail qui garantissent qu'ils ont les connaissances nécessaires et qu'ils se sentent en confiance pour réaliser les interventions à fort impact et à faible coût qui sauvent la vie de nouveau-nés. En fonction du niveau de formation et de l'expérience du personnel disponible, ainsi que de la fréquence à laquelle le personnel est remplacé ou réaffecté, une formation supplémentaire et une supervision accompagnée d'un soutien peuvent être nécessaires.

Dans certains contextes, il faut faire des efforts supplémentaires pour aider le personnel à venir à bout de l'idée préconçue que des soins intensifs sont indispensables pour tous les nouveau-nés qui connaissent des difficultés respiratoires ou qui éprouvent des difficultés à conserver leur température corporelle. Ces idées fausses doivent être dissipées par le plaidoyer, la formation, l'éducation et la communication visant la modification des comportements qui feront comprendre au personnel l'efficacité d'interventions à faible contenu technologique comme la stimulation des nouveau-nés qui ne respirent pas et la méthode kangourou pour les bébés de faible poids à la naissance. Comme la mise en couveuse entraîne bien plus de complications que la méthode kangourou, et seuls les nourrissons qui sont encore trop malades ou trop petits pour conserver leur température corporelle, respirer ou se nourrir de manière active devront éventuellement être orientés vers un autre établissement, il est capital d'améliorer les capacités du personnel des établissements de soins de santé primaires afin que celui-ci puisse reconnaître les complications et suivre les protocoles de diagnostic et de gestion des complications. Afin de s'assurer que la programmation en matière de santé néonatale comprend des plans de dotation en personnel adéquats et un renforcement des capacités, le HCR et ses partenaires doivent consulter le personnel actuel des établissements sanitaires pour comprendre les connaissances, attitudes et pratiques actuelles des agents sanitaires et les difficultés qu'ils rencontrent en matière de services

de santé néonatale. Ce genre d'analyse peut contribuer à adapter les plans de formation aux besoins des programmes et à recenser les goulets d'étranglement structurels ou programmatiques susceptibles de restreindre la capacité du personnel à offrir des services de qualité quand il le faut.

IX. VEILLER À CE QU'UN ENSEMBLE MINIMAL DE FOURNITURES MÉDICALES ET D'ÉQUIPEMENT SOIT DISPONIBLE

La Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale a dressé et adopté une liste initiale de 13 produits qui, s'ils étaient plus accessibles et mieux utilisés, pourraient sauver la vie de plus de 6 millions de femmes et d'enfants. Cette liste comporte des produits utiles à la santé néonatale, à savoir :

Produit de base	Usage
Antibiotiques injectables (par ex. ampicilline, benzylpénicilline, procaïne benzylpénicilline, gentamicine, et ceftriaxone)	Traitement de la septicémie néonatale et des autres infections (la pneumonie, la septicémie maternelle, la syphilis, etc.)
Corticostéroïdes prénatals (par ex. dexaméthasone 6 mg)	Traitement du syndrome de détresse respiratoire chez les bébés prématurés
Digluconate de chlorhexidine 7,1 %	Soins du cordon ombilical des nouveau-nés
Équipement de réanimation (ballon et masque à la taille des nouveau-nés, dispositif d'aspiration et mannequin pour la formation en réanimation)	Traitement de l'asphyxie néonatale

Ces quatre produits sont très efficaces et abordables, mais des difficultés transversales telles que des obstacles réglementaires, notamment leur omission des listes nationales de médicaments et dispositifs essentiels ou leur inclusion limitée sur celles-ci ; le manque de sensibilisation des fournisseurs et des utilisateurs ; et une formation inadéquate quant à l'administration de ces traitements contribuent à leur utilisation limitée et parfois inefficace. Le HCR peut améliorer la programmation en matière de santé néonatale en veillant à ce que ces fournitures médicales et équipements essentiels soient disponibles dans la salle d'accouchement de chaque établissement sanitaire ou à proximité de celle-ci, à ce que des systèmes soient mis en place pour garantir la bonne gestion de ces produits, et à ce que les agents sanitaires soient qualifiés et se sentent capables de les utiliser correctement.

Les autres médicaments, fournitures médicales et équipements nécessaires aux interventions à fort impact et à

faible coût décrites plus haut (tels que les compléments en fer et en acide folique, les vaccins antitétaniques, les traitements préventifs intermittents du paludisme pour la grossesse à base de sulfadoxine-pyriméthamine, les antirétroviraux, les tocolytiques destinés à différer une naissance avant terme, les stéthoscopes maternels et foetaux, et les trousses à injection intraveineuse [IV]) figurent sur la [liste des médicaments et fournitures médicales essentiels du HCR \(2013\)](#).

X. FAIRE PARTICIPER LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ À L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE L'UTILISATION DES SERVICES

Des améliorations permanentes de la programmation en matière de santé néonatale ne se rencontreront que si les membres de la communauté participent à l'amélioration de la couverture des services. La mobilisation de la communauté et les visites prénatales et postnatales à domicile par des agents sanitaires communautaires peuvent compléter les soins prodigués par l'établissement sanitaire par la sensibilisation aux signes précurseurs de complications obstétriques et néonatales, la promotion du contact de la famille avec le système de santé dans les moments cruciaux, et le suivi de l'impact des interventions.

La désignation et la formation des agents sanitaires communautaires chargés de réaliser des visites prénatales et postnatales à domicile doivent faire partie intégrante de tout effort d'amélioration de la programmation en matière de santé néonatale. Quel que soit le contexte, il est essentiel de veiller à ce que ces agents sanitaires de première ligne

reçoivent une formation adéquate pour apprendre aux familles les signes précurseurs des complications obstétriques et néonatales, pour encourager les familles à consulter les services de santé dans la mesure du possible et pour faciliter cette démarche, et pour décourager les pratiques traditionnelles néfastes qui augmentent les risques de répercussions négatives.

De plus, dans les situations d'urgence intense, lorsque la majorité des naissances se produisent à la maison en l'absence d'une sage-femme qualifiée et que peu de femmes consultent les services de santé, il est aussi possible de promouvoir au niveau de la communauté les interventions de prévention telles que l'instauration précoce de l'allaitement maternel, le contact peau à peau, le report du premier bain en vue de prévenir l'hypothermie, et les soins du cordon ombilical prodigués dans de bonnes conditions d'hygiène. Toutefois, dans les situations d'urgence, il convient de mettre en place des services de santé en établissements sanitaires et de promouvoir l'accouchement dans ces établissements dès que possible.

RESSOURCES ESSENTIELLES – ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

[L'approche communautaire dans les opérations du UNHCR \(2008\)](#)

[L'outil de l'UNHCR pour l'évaluation participative dans les opérations \(2006\)](#)

UNHCR Community-Based Health Workforce Guidelines (à paraître)

4.3 COMMENT AMÉLIORER LE SUIVI DE LA PROGRAMMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ NÉONATALE

L'amélioration des données portant sur les endroits où meurent des nouveau-nés et la compréhension des raisons pour lesquelles des soins ne sont reçus que tardivement constituent des priorités lors de la conception de stratégies communautaires et sanitaires adaptées au contexte. Pour améliorer la programmation en matière de santé néonatale dans les camps de réfugiés, le HCR et ses partenaires doivent faire un meilleur usage des données existantes, améliorer les données recueillies et relier ces données à la planification et à la mise en œuvre.

4.3.1 UTILISER LES DONNÉES DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE POUR SUIVRE LA COUVERTURE DES SERVICES ET LEUR IMPACT

Le système d'information sanitaire du HCR peut servir au suivi des taux de mortalité et de la couverture des services de santé néonatale essentiels.



Ouganda / HCR / F. Noy / Novembre 2012

Voici les principaux indicateurs de la couverture des services de santé néonatale qui peuvent être suivis grâce aux rapports du système d'information sanitaire :

<i>Domaine</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Définition</i>
<i>Soins prénatals</i>		
Soins prénatals (HIS, section 9.1)	Proportion de premières visites prénatales effectuées au cours du 1 ^{er} trimestre	Nombre de premières visites prénatales effectuées au cours du 1 ^{er} trimestre de la grossesse/nombre total de premières visites prénatales x100
	Couverture du dépistage de la syphilis pendant la grossesse	Nombre de femmes enceintes soumises au dépistage de la syphilis pendant la grossesse/nombre total de naissances d'enfants vivants x100
	Couverture de la vaccination antitétanique prénatale	Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins 2 doses d'anatoxine tétanique pendant la grossesse/nombre total de naissances d'enfants vivants x100
	Couverture du traitement préventif intermittent contre le paludisme durant la grossesse	Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins 2 doses de sulfadoxine-pyriméthamine pendant la grossesse/nombre total de naissances d'enfants vivants x100
<i>Soins prodigués lors de l'accouchement</i>		
Soins prodigués lors de l'accouchement (SIS, section 9.2)	Proportion d'accouchements assistés par un agent sanitaire qualifié	Nombre d'accouchements en présence d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un infirmier ayant des compétences obstétriques/nombre total d'accouchements x100
	Proportion d'accouchements survenus dans un établissement sanitaire disposant de services de soins obstétriques d'urgence	Nombre d'accouchements survenus dans l'établissement sanitaire d'un camp ou dans un hôpital public disposant de services de soins obstétriques d'urgence/nombre total d'accouchements x100
<i>Soins postnatals</i>		
Distribution de vitamine A (SIS, section 7.3)	Couverture de la distribution postnatale de vitamine A	Nombre de femmes qui ont reçu une dose prophylactique de vitamine A dans les 6 semaines suivant l'accouchement/nombre total de naissances d'enfants vivants x100
Soins postnatals (SIS, section 9.3)	Couverture de soins postnatals complets	Nombre de femmes qui ont bénéficié de soins postnatals à 3 reprises dans les 6 semaines suivant l'accouchement/nombre total de naissances d'enfants vivants x100
<i>Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida</i>		
Prévention prénatale de la transmission mère-enfant (SIS, section 10.3)	Couverture de l'information préalable au dépistage (taux de couverture de la PTME [prévention de la transmission mère-enfant])	Nombre de premières visites prénatales comportant une information préalable au dépistage/nombre total de premières visites prénatales
PTME au cours du travail et de l'accouchement (SIS, section 10.4)	Proportion de mères qui ont pris des antirétroviraux au cours du travail/de l'accouchement	Nombre de mères séropositives qui ont pris des antirétroviraux au cours du travail ou de l'accouchement/nombre total de mères séropositives qui ont accouché x100
	Proportion de nouveau-nés qui ont reçu des antirétroviraux moins de 72 heures après la naissance	Nombre de bébés nés de mères séropositives qui ont pris des antirétroviraux dans les 72 heures suivant la naissance/nombre total de bébés nés de mères séropositives x100
PTME postnatale (SIS, section 10.5)	Proportion de femmes séropositives qui ont reçu au moins une fois des soins à domicile	Nombre de mères séropositives qui ont reçu au moins une visite de conseil à domicile après l'accouchement/nombre total de mères séropositives qui ont accouché x100
	Proportion de nourrissons qui ont été traités au cotrimoxazole	Nombre de mères séropositives qui ont reçu un traitement prophylactique à base de cotrimoxazole/nombre total de mères séropositives qui ont accouché x100

Comme les rapports du système d'information sanitaire sont générés à partir de données inscrites dans les registres des établissements sanitaires, il est capital de tout mettre en œuvre pour que ces registres soient exacts et complets. Dans certains contextes, des difficultés systémiques peuvent contribuer à des lacunes en matière d'information. Dans de nombreux cas, la sous-déclaration n'est pas intentionnelle, mais il n'existe pas de système clair pour déclarer les décès qui se produisent à la maison ou dans la communauté, ou bien les responsables communautaires ne partagent pas leurs registres avec les registres officiels de l'état civil. Lorsque la population fluctue énormément, lorsqu'il existe plusieurs prestataires de soins de santé, ou lorsque l'on oriente de nombreux patients vers les établissements de santé nationaux, il peut être encore plus difficile d'évaluer de manière complète et exacte les besoins de la population en se basant sur les sources de données courantes.

Si toutes les naissances et tous les décès qui se produisent dans la communauté et les établissements sanitaires sont inscrits dans des registres centralisés utilisés pour générer les rapports du système d'information sanitaire, ces rapports peuvent constituer un outil précieux pour le suivi de l'impact de la programmation en matière de santé néonatale. Les indicateurs spécifiques suivants peuvent être suivis :

Domaine	Indicateur	Définition	Notes
Mortalité, par cause (SIS, section 2.2)	Taux de mortalité néonatale	Nombre de décès de nouveau-nés <28 jours/ nombre total de naissances d'enfants vivants x1000	Le but est d'enregistrer tous les décès qui surviennent dans la communauté ou l'établissement ; l'exactitude de ce taux dépend de l'exhaustivité et de l'exactitude des données du registre de l'établissement
Soins prodigués lors de l'accouchement (SIS, section 9.2)	Taux de mortinaissances	Nombre de mortinaissances/nombre total de naissances d'enfants vivants et de mortinaissances x1000	La mortinaissance est définie comme la mort du fœtus après 22 semaines de grossesse
	Proportion de nouveau-nés de faible poids à la naissance	Nombre de bébés nés vivants pesant <2500 g/ nombre total de naissances d'enfants vivants x100	

4.3.2 UTILISER LES REGISTRES DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET LES AUTRES SOURCES DE DONNÉES COURANTES POUR ÉVALUER LES BESOINS ET CONTRÔLER LA QUALITÉ DES PROGRAMMES

Grâce à la reconnaissance des erreurs de classification des décès de nouveau-nés et des mortinaissances et à une attribution plus juste des causes de décès, un examen plus attentif des registres des établissements sanitaires peut fournir des indications supplémentaires quant à la mortalité au sein d'une population.

Par exemple, il est aussi possible de revoir les registres d'accouchements afin de déterminer la proportion de décès néonataux qui touchent des bébés d'un faible poids à la naissance (le système d'information sanitaire ne mentionne que la proportion de bébés d'un faible poids à la naissance parmi les naissances d'enfants vivants).

Indicateur	Définition
Proportion de nouveau-nés décédés qui avaient un faible poids à la naissance	Nombre de décès de nouveau-nés <28 jours pesant <2500 g à la naissance/ nombre total de décès de nouveau-nés <28 jours

Cet indicateur peut également contribuer au suivi des progrès accomplis par la prévention et le traitement des complications des naissances prématurées et suivre les progrès des efforts visant à améliorer les soins apportés aux bébés d'un faible poids à la naissance, comme la méthode kangourou.

En outre, les registres d'accouchements peuvent être modifiés en vue d'estimer le pourcentage de bébés réanimés avec succès.

Indicateur	Définition
Proportion de nouveau-nés dont le premier indice d'APGAR est inférieur à 3 et l'indice d'APGAR suivant > 7	Nombre d'accouchements donnant un premier indice d'APGAR < 3 et un indice suivant > 7/nombre d'accouchements donnant un premier indice d'APGAR < 3

Cet indicateur peut aider à suivre les améliorations de la capacité des agents sanitaires à pratiquer la réanimation néonatale, notamment par la stimulation et par la ventilation à l'aide d'un ballon et d'un masque.

Les [Enquêtes standardisées élargies pour les populations de réfugiés sur le plan nutritionnel](#) peuvent aussi fournir des indications supplémentaires quant à la couverture des services de santé essentiels à la survie et à la santé des nouveau-nés, comme l'utilisation de moustiquaires imprégnées, la supplémentation en fer et en acide folique, et l'allaitement maternel précoce et exclusif.

4.3.3 UTILISER UN TABLEAU DE BORD PROSPECTIF POUR SUIVRE LA CAPACITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT SANITAIRE À ASSURER DES SERVICES

En plus de la portée des interventions, le HCR et ses partenaires doivent évaluer régulièrement la disponibilité des services de l'établissement sanitaire en matière de santé néonatale. Bien que le [tableau de bord prospectif du HCR](#) soit conçu pour évaluer la qualité globale des soins assurés par les établissements de soins de santé primaires, et non les soins spécifiques aux nouveau-nés, il contient un certain nombre d'indicateurs spécifiquement liés aux soins prénatals et prodigués lors de l'accouchement, ainsi que des mesures plus générales de la capacité à assurer les services, de la satisfaction de l'établissement de soins et de celle des patients, qui peuvent également donner des informations utiles à l'amélioration de la programmation en matière de santé néonatale.

Les indicateurs du tableau de bord prospectif directement liés à la programmation en matière de santé néonatale sont les suivants :



Jordanie / HCR / A. Purvis / Octobre 2012

En outre, les mauvais résultats d'autres indicateurs peuvent indiquer des problèmes plus généraux susceptibles de nuire à la capacité de l'établissement sanitaire à assurer des services en matière de soins aux nouveau-nés. Par exemple, l'absence de produits destinés au contrôle des infections, des lacunes au niveau de la chaîne du froid ou de l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales essentiels (dont les antibiotiques), et des systèmes d'orientation qui ne fonctionnent guère risquent de limiter la capacité d'un établissement à assurer des accouchements sans danger dans de bonnes conditions d'hygiène et les vaccinations essentielles, ainsi qu'à faire en sorte que les mères et les enfants victimes de complications aient accès à des soins de qualité sans délai.

<i>Section</i>	<i>Domaine</i>	<i>Méthode</i>	<i>Indicateur</i>
1. Capacité d'assurer les services – <i>intrants</i>	Fournitures médicales pour soins prénatals (tableau de bord, section 1.4)	Observation de l'établissement sanitaire	1.4.1 Le jour de l'évaluation, l'établissement sanitaire dispose de 4 fournitures médicales essentielles aux soins prénatals (stérilisateur à chaleur sèche, tensiomètre, trousse de dépistage de la syphilis, bandelettes de tests urinaires Albustix pour détecter la présence de protéines)
	Médicaments pour soins prénatals (tableau de bord, section 1.6)	Observation de l'établissement sanitaire	1.6.1 Le jour de l'enquête, l'établissement sanitaire dispose de 3 médicaments essentiels pour les soins prénatals (fer, acide folique et traitement préventif intermittent du paludisme)
2. Capacité d'assurer les services – <i>procédures</i>	Formation en soins maternels/néonatals (tableau de bord, section 2.6)	Entretien avec un agent sanitaire	2.6.1 L'agent sanitaire interrogé explique avoir reçu une formation continue ou préalable à son entrée en service portant sur la santé maternelle et néonatale (par ex. une formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence) au cours des 12 derniers mois

4.3.4 ACTIVITÉS SUPPLÉMENTAIRES POUR GUIDER L'AMÉLIORATION DE LA PROGRAMMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ NÉONATALE

Des activités de suivi, d'évaluation ou de recherche supplémentaires peuvent être utiles pour comprendre les facteurs spécifiques au contexte qui contribuent à la mortalité néonatale, tels que des obstacles socioculturels à la consultation des services de santé ou des goulets d'étranglement au niveau du système de santé qui limitent la capacité des agents sanitaires à assurer des soins. L'une de ces activités, qui a très largement orienté les présentes directives, est l'analyse de la mortalité néonatale. L'analyse des cas de mortalité survenus dans les établissements de soins et l'autopsie verbale dans le cadre de la communauté sont des méthodes éprouvées qui permettent de découvrir les causes médicales de la mort et de chercher les facteurs personnels, familiaux et communautaires qui peuvent avoir contribué à la mort. Les buts de ces exercices sont de sensibiliser les professionnels de la santé, les administrateurs, les responsables de programme et les membres de la communauté aux facteurs modifiables au sein des établissements sanitaires et de la communauté, et de favoriser des actions axées sur ces facteurs afin de prévenir d'autres décès de nouveau-nés.

Les interventions à fort impact et faible coût proposées par ces directives doivent être mises en place dans toutes les situations. Il n'est nul besoin de procéder à une évaluation préalable ou à des autopsies verbales pour les mettre en œuvre. Les activités ci-dessous, par contre, ne sont recommandées que là où des ressources suffisantes permettent leur mise en œuvre.

- **L'analyse des cas de mortalité** consiste en une enquête approfondie visant à déterminer les causes et les circonstances des décès maternels et périnataux survenus dans les établissements de soins ou au sein de la communauté, qui tend à mettre l'accent sur les facteurs évitables qui ont pu contribuer au décès.
- **L'autopsie verbale** utilise les informations fournies par les membres de la communauté qui se sont occupés de la personne décédée au moment de son décès ou à l'approche de celui-ci afin de déterminer la cause du décès.

Ces deux méthodes peuvent être utilisées indépendamment l'une de l'autre ou associées l'une à l'autre afin de bien comprendre les circonstances qui ont entraîné ou entouré chaque décès de nouveau-né. Que ces analyses soient réalisées par des cliniciens impliqués dans l'affaire ou par une équipe indépendante, elles doivent être réalisées par des médecins formés aux outils et procédures d'analyse des cas de mortalité qui se servent d'outils et de procédures

adaptés au contexte. Si les enquêtes sont menées de manière confidentielle et non menaçante, et si les conclusions sont débattues en vue d'améliorer les services de santé offerts plutôt qu'en vue de jeter le blâme sur quelqu'un, les informations recueillies au cours de l'analyse des cas de mortalité et au cours des autopsies verbales peuvent orienter les efforts visant à améliorer l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci. Par exemple, si l'analyse des cas révèle que l'accès aux soins est freiné par des obstacles, des stratégies peuvent être introduites pour aider les membres de la communauté à atteindre les soins. De même, si les enquêtes permettent de recenser des goulets d'étranglement dans l'offre de services ou des lacunes dans la qualité des services offerts par l'établissement, des efforts peuvent être consentis pour renforcer les effectifs ou pour perfectionner les compétences de certains cadres afin de faciliter la répartition des tâches. Les lacunes constatées dans l'offre de certains services peuvent aussi susciter la conception de formations ciblées, de directives ou d'outils de travail, ou l'intensification d'une supervision assortie d'un soutien et de l'accompagnement individuel dans des domaines d'intervention spécifiques. L'amélioration de la programmation en matière de santé néonatale doit être un processus permanent, une analyse des cas de mortalité doit être réalisée dans la mesure du possible afin de déterminer les facteurs qui ont contribué à chaque décès, et des boucles de rétroaction doivent être établies pour faire en sorte que les conclusions de ces analyses servent à orienter la planification des services à l'échelon de la communauté et de l'établissement.



Éthiopie / Save the Children / E. Sigurdardottir / Janvier 2013

5. Annexes

RESSOURCES ESSENTIELLES

RESSOURCES GÉNÉRALES

- [Plan d'action « Chaque nouveau-né »](#) (en anglais, résumé analytique disponible en français) (2014)
- [Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health: Recommendations \(2011\)](#) (en anglais)
- [Partnership for Maternal, Newborn and Child Health \(2005\)](#) (en anglais)
- [United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children \(2012\)](#) (en anglais)
- [Child Survival Call to Action: A Promise Renewed \(2012\)](#) (en anglais)
- [Global Strategy for Public Health - HIV and Reproductive Health - Food Security and Nutrition - Water, Sanitation and Hygiene \(WASH\) 2014 - 2018](#)
- [Lancet Every Newborn Series \(2014\)](#)
- [Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire \(2010\)](#)

DIRECTIVES POUR LES SERVICES SANITAIRES

- [UNHCR Strategic Plan for Anaemia Prevention, Control and Reduction \(2008\)](#)
- [UNHCR Policy Statement of HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees \(2014\)](#)
- [Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement \(2003\)](#)
- [UNHCR Principles and Guidance for Referral Health Care \(2009\)](#)
- [UNICEF Toolkit for Setting Up Special Care Newborn Units, Stabilization Units and Newborn Care Corners \(2011\)](#)
- [UNHCR Malaria Prevention Quick Checklist \(2013\)](#)

DIRECTIVES POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

- [WHO Guidelines on improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition \(2013\)](#)
- [WHO Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low and middle income countries \(2011\)](#)
- [WHO Framework for Priority Action: HIV and Infant Feeding \(2012\)](#) (L'édition de 2003 est disponible en français sous le titre [HIV et alimentation de l'enfant : cadre pour actions prioritaires](#))

- UNHCR Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Situations (*à paraître*)

ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

- [L'approche communautaire dans les opérations du UNHCR \(2008\)](#)
- [L'outil de l'UNHCR pour l'évaluation participative dans les opérations \(2006\)](#)
- UNHCR Community-Based Health Workforce Guidelines (*à paraître*)

MÉDICAMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES

ESSENTIELS

- [Médicaments et fournitures médicales : politique et principes directeurs du HCR 2013](#)
- [UNHCR List of Essential Medicines and Supplies \(intranet\) \(2013\)](#)

OUTILS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

- [Système d'information sanitaire du HCR](#)
- [Tableau de bord prospectif du HCR](#)
- [UNHCR Maternal Death Review Tool](#)
- [WHO Verbal Autopsy Standards and Tools](#)

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

RESSOURCES GÉNÉRALES

- [Newborn Health Services Rapid Health Facility Assessment \(2012\)](#)
- [Médicaments vitaux prioritaires destinés aux femmes et aux enfants 2012](#)
- [Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile \(2011\)](#)
- [Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health \(2010\)](#)
- [Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health \(2010\)](#)
- [WHO Essential Newborn Care Course \(2010\)](#)
- [Demand Generation I-Kit for Underutilized Commodities in RMNCH \(2014\)](#)
- [Scaling Up Lifesaving Commodities for Women, Children and Newborns: An Advocacy Toolkit \(2013\)](#)

DIRECTIVES DE L'OMS

- [WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn \(2013\)](#)
- [WHO Guidelines on Basic Newborn Resuscitation \(2012\)](#)
- [Document d'orientation en matière de politiques de l'OMS : Traitement préventif intermittent pour le paludisme lors de la grossesse à la sulfadoxine-pyriméthamine – TPIp-SP \(2013\)](#)
- [Recommandations de l'OMS : Clampage du cordon pour la prévention de l'anémie ferriprive chez les nourrissons : moment optimal \(2013\)](#)
- [OMS – Mise à jour programmatique : Utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson \(2012\)](#)
- [WHO Guidelines on Caring for Newborns and Children in the Community – Caring for Newborns at Home \(2012\)](#)
- [WHO Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth-Weight Infants in Low- and Middle- Income Countries \(2011\)](#)
- [WHO Recommendations for Management of Common Childhood Conditions: Evidence for Technical Update of Pocket Book Recommendations: Newborn Conditions, Dysentery, Pneumonia, Oxygen Use and Delivery, Common Causes of Fever, Severe Acute Malnutrition and Supportive Care \(2011\)](#)
- [WHO Guidelines on HIV and Infant Feeding: an updated framework for priority action \(2010\)](#) (L'édition de 2003 est disponible en français sous le titre [HIV et alimentation de l'enfant : cadre pour actions prioritaires](#))
- [Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipoliomyélitiques – Janvier 2014](#)
- [Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant – Déclaration commune OMS/UNICEF \(2009\)](#)
- [WHO IMCI Chart Booklet \(2008\)](#)
- [WHO Standards for Maternal and Newborn Health \(2007\)](#)
- [OMS – Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement \(2007\)](#)
- [OMS – La méthode « mère kangourou » : Guide pratique \(2003\)](#)

6. Références citées

1. Liu L., Johnson H., Cousens S., et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012 ; 379(9832): 2151 - 61.
2. Save the Children. Surviving the First Day: State of the World's Mothers 2013: Save the Children, 2013. Disponible en anglais sur <http://www.refworld.org/docid/51a5ad654.html>
3. Morof D. F., Kerber K., Tomczyk B., et al. Neonatal survival in complex humanitarian emergencies: setting an evidence-based research agenda. *Confl Health* 2014 ; 8(1): 8.
4. March of Dimes, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Save the Children, Organisation mondiale de la santé. Arrivés trop tôt : rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2012. Présentation du rapport (en français), et rapport disponible en anglais, sur http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/fr/
5. Newman L., Kamb M., Hawkes S., et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med* 2013 ; 10(2): e1001396.
6. Bhutta Z. A., Das J. K., Bahl R., et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *The Lancet* 2014.
7. McDonald S. J., Middleton P., Dowswell T., Morris P. S. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
8. Bergh A.-M., Kerber K., Abwao S., et al. Implementing facility-based kangaroo mother care services: lessons from a multi-country study in Africa. *BMC Health Services Research* 2014 ; 14(1): 293.



