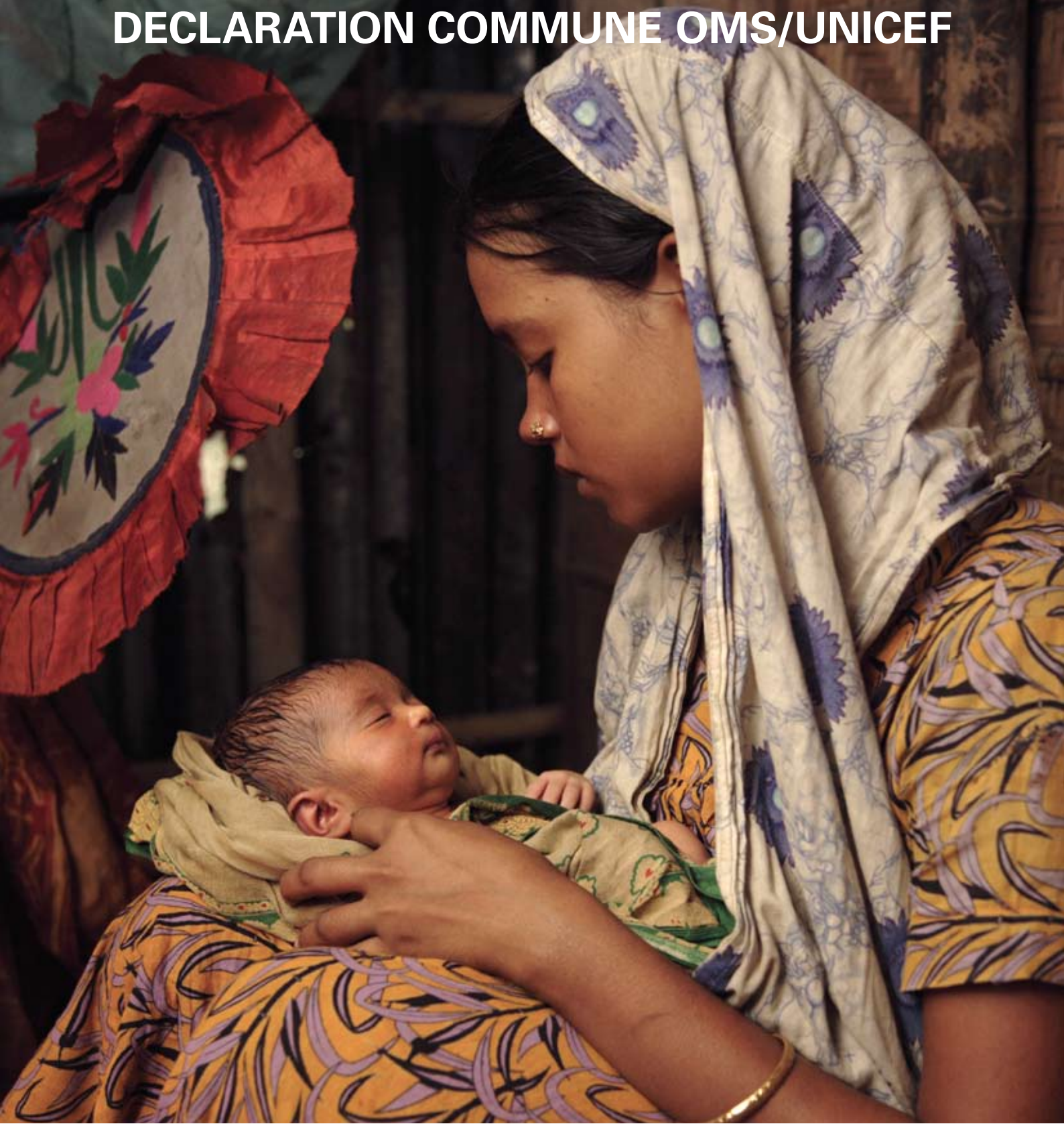


DECLARATION COMMUNE OMS/UNICEF



**Les visites à domicile pour les soins
aux nouveau-nés : une stratégie destinée
à améliorer la survie de l'enfant**



**Organisation
mondiale de la Santé**

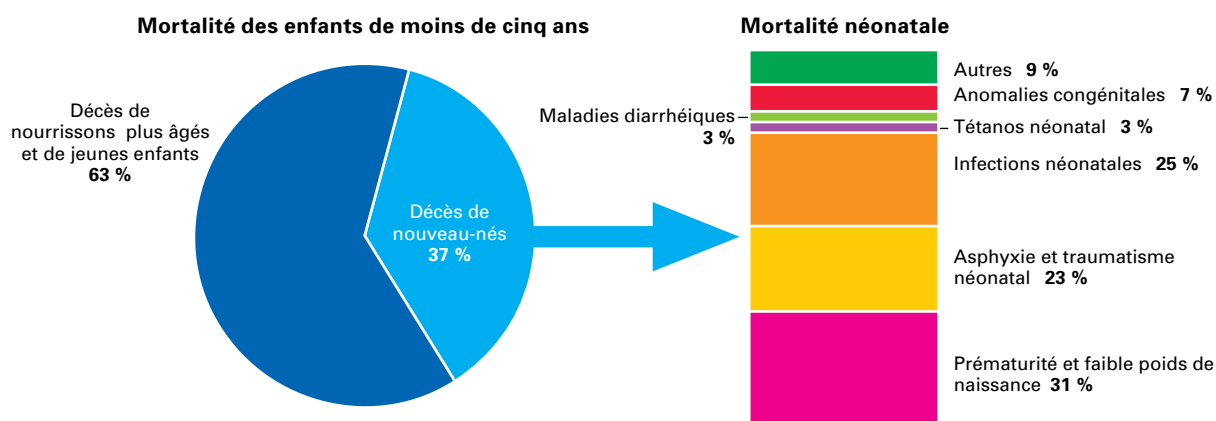
unicef 

Selon des estimations datant de 2004, on enregistre chaque année quelque 3,7 millions de décès de nouveau-nés (nourrissons de moins d'un mois), principalement dans les pays en développement, et la plupart de ces décès surviennent à domicile. Certaines interventions connues et efficaces auprès des mères et des nouveau-nés permettraient d'éviter pas moins de deux tiers de ces décès (1). Une stratégie encourageant un accès universel aux soins prénatals, l'assistance d'accoucheuses qualifiées et des soins postnatals précoces permettrait de réduire durablement la mortalité maternelle et néonatale.

Si les mères ont aussi besoin de soins pendant la période postnatale, l'accent est mis dans la présente déclaration sur les soins aux nouveau-nés et sur les bases factuelles correspondantes (2).* Plusieurs études ont montré que, dans les zones à forte mortalité néonatale, il est possible d'éviter entre 30 et 60 % des décès de nouveau-nés grâce à des soins prodigués à domicile de façon rigoureuse (3–7). C'est pourquoi l'OMS et l'UNICEF recommandent la mise en place d'une stratégie de visites à domicile au cours de la première semaine de vie du nouveau-né, pour améliorer les chances de survie des nouveau-nés.

FIGURE 1

Causes de mortalité néonatale



Source : *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2008.

Environ 40% de la totalité des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans surviennent au cours des 28 premiers jours de leur vie (période néonatale). Ils sont, dans près de 80 % des cas, attribués à trois causes majeures : les infections, l'asphyxie et la prématurité (8) (Figure 1). En outre, les nouveau-nés nés avec un faible poids sont particulièrement exposés au risque de décès ou de maladie, notamment s'ils sont nés prématurément.

L'approche essentielle sur laquelle doivent reposer les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile est la « continuité des soins ». Cette continuité doit être assurée à la fois dans le temps, tout au long de la vie, à savoir à partir de l'adolescence et avant la grossesse, durant la grossesse, à l'accouchement et pendant toute la période néonatale (Figure 2), et dans l'espace, à savoir depuis le domicile ou le niveau communautaire jusqu'au

centre de santé ou l'hôpital, et se poursuivre après le retour à domicile les soins assurés par du personnel qualifié pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum préviennent la survenue de complications chez la mère et le nouveau-né permettent leur détection précoce et une prise en charge adaptée.

Les trois quarts des décès néonataux surviennent au cours de la première semaine de la vie, de 25 à 45 % dans les 24 heures qui suivent l'accouchement (9) (Figure 3). La plupart des décès maternels se produisent également pendant cette période. Toutefois, 47 % des mères et des nouveau-nés dans les pays en développement n'ont pas accès à des soins dispensés par des personnels qualifiés pendant l'accouchement (10), et 72 % des bébés nés en dehors du milieu hospitalier ne reçoivent aucun soin postnatal (11). Ce sont là les principaux écueils auxquels se heurte la continuité des soins.

Même dans le cas des accouchements dans les structures de santé, les mères et les nouveau-nés sont souvent obligés de quitter l'établissement

* La présente déclaration met l'accent sur les soins aux nouveau-nés, à savoir aux nourrissons de moins de quatre semaines. Les soins à la mère sont traités dans d'autres documents de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP.

FIGURE 2

La continuité des soins dans le temps

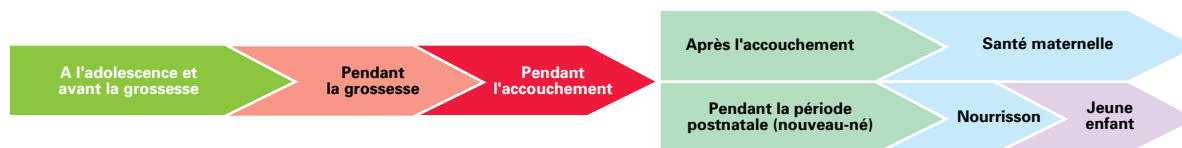
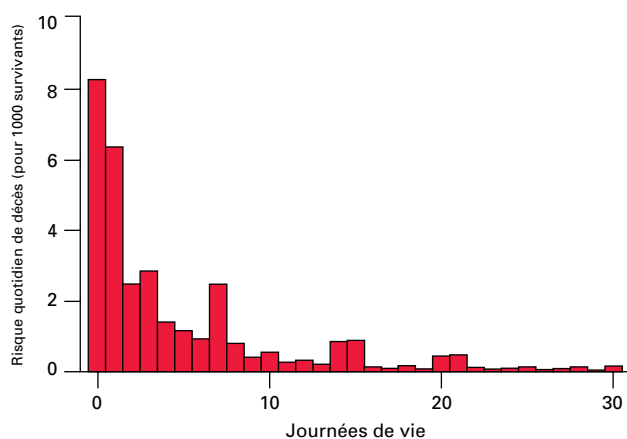


FIGURE 3

Risque journalier de décès durant le premier mois de vie



Source : Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? [Quatre millions de décès de nouveau-nés : Quand ? Où ? Pourquoi ?] *Lancet* 2005; 365:891–900. (D'après 47 enquêtes démographiques et sanitaires réalisées entre 1995 et 2003.)

dans les heures qui suivent la naissance et n'ont plus de contact avec le personnel de santé avant la consultation postnatale de la sixième semaine, au cours de laquelle seront administrés les vaccins. Lorsque les femmes accouchent à domicile, elles même et leur enfant ont encore plus difficilement accès aux soins nécessaires pendant les heures critiques et les jours qui suivent la naissance. Les visites à domicile peuvent, dans ce cas, s'avérer une alternative utile aux soins postnatals en milieu hospitalier, pour accroître la couverture des soins et améliorer la survie des nouveau-nés.

Les visites à domicile pour soins aux nouveau-nés

L'OMS et l'UNICEF recommandent que les soins pendant et immédiatement après l'accouchement soient assurés par du personnel qualifié, quel que soit le lieu de la naissance. Les femmes qui accouchent dans une structure de santé et leur nouveau-né devraient être examinés et il convient, avant leur sortie, de leur fixer un rendez-vous pour une consultation postnatale, même si tout va bien, et de leur recommander de revenir au plus vite en cas de survenue de symptômes d'alerte (12). La recommandation pour les femmes qui accouchent à domicile sans l'assistance de personnel qualifié et dans les situations où une surveillance médicale ne peut être assurée est de consulter le personnel de santé dès que possible après la naissance (12),

Bon nombre d'entre elles cependant ne suivent pas ces recommandations en raison d'obstacles financiers, sociaux ou autres. Le taux de couverture des soins postnatals dans les 24 h qui suivent la naissance est seulement de 13% (11).

Bases factuelles : plusieurs études conduites au Bangladesh, en Inde et au Pakistan ont montré que les visites à domicile pouvaient réduire le nombre de décès néonataux dans des pays en voie de développement à taux de mortalité élevé de 30 à 61%. Les visites permettent d'augmenter la fréquence de pratiques favorables telles que la mise au sein précoce, l'allaitement exclusif, le contact peau à peau, le retard du premier bain, le respect des règles d'hygiène incluant le lavage des mains à l'eau et au savon et le nettoyage du cordon ombilical. Ces résultats complètent ceux obtenus dans les pays développés et qui ont montré que les visites à domicile sont efficaces pour augmenter le taux d'allaitement au sein et la qualité des soins parentaux

Recommandations: les visites à domicile après la naissance permettent d'assurer des éléments essentiels des soins aux nouveau-nés et d'augmenter la survie de l'enfant. Cette stratégie a donné des résultats positifs dans des situations où la mortalité était élevée et améliore les soins essentiels donnés aux nouveau-nés.

A quel moment doivent avoir lieu les visites à domicile ?

Bases factuelles : il n'existe à ce jour aucune recommandation reposant sur des données factuelles en ce qui concerne le nombre et le calendrier de visites néonatales. Et pourtant les premiers jours de la vie sont décisifs, car c'est pendant cette période que l'on enregistre la plupart des décès de nouveau-nés – 25–45% dans les 24 premières heures, et plus de 50% dans les premières 48 heures (9). En outre, la plupart des décès de nouveau-nés qui surviennent après les premières 48 heures peuvent être évités grâce à des soins appropriés aux nouveau-nés dispensés immédiatement après la naissance. Toutes les études supportant la présente déclaration font état de visites à domicile effectuées le premier et le troisième jour afin d'assurer un contact postnatal et de favoriser une amélioration des soins aux nouveau-nés. Il ressort des données recueillies au Bangladesh que la mortalité ultérieure a été moins importante chez les nouveau-nés ayant reçu une visite à domicile dans les 48 heures que parmi ceux qui ont été vus plus tard. On sait aussi à quel point un appui à l'allaitement est indispensable les premiers jours après la naissance.

Recommandations : il est conseillé à toutes les femmes qui accouchent à domicile de se rendre dans une structure de santé dès que possible après la naissance pour des soins postnatals. Dans les régions à forte mortalité, et lorsque l'accès aux structures de santé est limité, l'OMS et l'UNICEF recommandent en outre désormais au moins deux visites à domicile pour tous les nourrissons nés à domicile : le premier jour (dans les 24 heures) et une seconde visite le troisième jour. Dans la mesure du possible, il est souhaitable de faire une troisième visite avant la fin de la première semaine (le septième jour). Pour les enfants nés dans une formation de santé, la première visite à domicile doit se faire le plus tôt possible après le retour chez elle de la mère et de son nouveau-né. Les autres visites doivent se faire au même rythme que pour les naissances à domicile.

En quoi doit consister une visite à domicile ?

Bases factuelles : les recherches ont démontré la difficulté pour les familles de reconnaître les symptômes évocateurs d'une grave maladie néonatale, en particulier pendant la première semaine de la vie, et d'avoir accès au traitement nécessaire. Elles ont aussi établi que, grâce à ces visites à domicile, les familles étaient mieux à même de repérer les problèmes de santé du nouveau-né à un stade précoce et de s'adresser au personnel de santé compétent. Il s'est en outre avéré que ces visites sont utiles pour encourager les pratiques visant à assurer la protection thermique du nouveau-né, promouvoir l'allaitement précoce et exclusif et améliorer les conditions d'hygiène.

Recommandation : les soins essentiels pour tous les nouveau-nés consistent à promouvoir et à soutenir l'allaitement précoce et exclusif, à assurer la protection thermique du bébé, à encourager l'habitude de se laver les mains et le respect des conditions d'hygiène pour les soins du cordon et les soins de la peau, à repérer les cas où les nouveau-nés ont besoin de soins supplémentaires et à expliquer à la mère dans quel cas elle doit emmener son nouveau-né dans une structure de santé (voir encadré ci-dessous). Les nouveau-nés et leur mère doivent faire l'objet d'un examen attentif pour déceler des problèmes éventuels de santé lors des visites à domicile. Il convient parallèlement d'apprendre aux familles à repérer les symptômes évocateurs de problèmes de santé et à consulter sans tarder si nécessaire.

Conditions particulières

Les nouveau-nés de faible poids et en particulier les prématurés, ont besoin de soins supplémentaires pour survivre et rester en bonne santé. Un soutien accru doit être dispensé aux mères de ces nouveau-nés pour assurer la protection thermique de ces derniers, les initier à l'allaitement précoce et exclusif et prévenir les infections. Les nouveau-nés de faible poids de naissance, nés à l'hôpital et présentant une certaine stabilité clinique qui sont nourris exclusivement au sein et dont la température est

Soins aux nouveau-nés au cours des visites à domicile pendant la première semaine de la vie

- Promouvoir et soutenir l'allaitement précoce (dans la première heure qui suit la naissance) et exclusif.
- Assurer la protection thermique du nouveau-né – promouvoir le contact peau à peau.
- Promouvoir les soins hygiéniques du cordon et de la peau.
- Évaluer les symptômes évocateurs d'un problème de santé et aider les familles à reconnaître rapidement ces symptômes et à consulter sans tarder (problèmes d'alimentation, activité réduite, difficulté à respirer, fièvre ou frissons, accès ou convulsions).
- Encourager l'enregistrement des naissances et le respect des calendriers de vaccination établis par les autorités nationales.
- Recenser les nouveau-nés ayant besoin de soins supplémentaires (comme les nourrissons nés avec un faible poids, les nouveau-nés malades, ceux dont la mère est infectée par le VIH) et fournir une assistance.^a Dans la mesure du possible, assurer sur place le traitement des infections locales et résoudre les problèmes d'alimentation.

Soins maternels à prodiguer au cours de ces visites à domicile^a

- Demander à la mère comment elle se sent.
- Demander si elle saigne beaucoup, si elle a mal à la tête, a eu des convulsions, se sent très faible, a des difficultés à respirer, si elle a des pertes malodorantes, des brûlures urinaires, des douleurs abdominales ou au niveau du périnée.
- Demander à la mère si ses seins ou ses mamelons sont enflés, rouges, douloureux; prendre soin des problèmes d'allaitement si possible et sinon, référer à une formation de santé
- Lui apprendre à reconnaître les symptômes évocateurs d'un problème de santé chez elle et chez son nouveau-né et devant l'inciter à consulter rapidement si nécessaire.
- Dispenser des conseils en matière d'espacement des naissances et de nutrition.

^a Les interventions devraient être faites par le personnel qualifié sous la supervision des agents de santé communautaires. Si les visites à domicile sont faites par une sage-femme ou un autre agent qualifié, les soins prodigués à la mère devraient englober des interventions supplémentaires, d'après les recommandations OMS du manuel soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: guide de pratiques essentielle.

maintenue grâce au contact peau à peau avec la mère, ont moins de risque de contracter une infection, s'alimentent mieux et prennent plus rapidement du poids, par rapport aux bébés placés dans des couveuses. Outre les soins postnatals communs à tous les nouveau-nés, ces bébés devraient :

- recevoir une attention accrue axée sur la protection thermique, notamment grâce au contact peau à peau ;

- favoriser l'initiation de l'allaitement aussitôt après la naissance. Il faut dans certains cas aider la mère à exprimer son lait et alimenter le bébé à la tasse s'il n'est pas assez vigoureux pour téter. Si un nouveau-né n'arrive pas à boire à la tasse, il doit être dirigé vers un hôpital ;
- prêter une attention accrue au respect des conditions d'hygiène, en particulier pour le lavage des mains ;
- accorder une attention particulière aux symptômes évocateurs d'un problème de santé et à la nécessité de consulter rapidement en cas de problèmes ;
- encourager davantage l'allaitement et surveiller la croissance.

Les nouveau-nés malades doivent être soignés sans tarder pour éviter les décès. Le traitement des infections locales et de certains problèmes d'alimentation peut être assuré dans un centre de santé ou à domicile. S'il apparaît, lors d'une visite à domicile, qu'un nouveau-né est atteint d'une maladie grave, il convient de diriger la famille vers un hôpital ou un établissement de soins. Si l'enfant ne peut pas être dirigé vers un hôpital, il doit recevoir un traitement ambulatoire par injection d'antibiotiques dans un établissement de premier recours. Il ressort d'une étude réalisée au Népal auprès de familles qui, pour la plupart, n'ont pas facilement accès à un hôpital que l'accès au traitement peut être grandement amélioré si les maladies graves sont dépistées par des agents de santé communautaires et des injections d'antibiotiques administrées quotidiennement par des agents de santé attachés à une structure de santé. Des études réalisées au Bangladesh et en Inde dans des régions où les structures de santé sont difficilement accessibles ont montré l'efficacité du recours à des agents de santé communautaires dûment formés et bien encadrés pour l'administration d'injections d'antibiotiques à domicile, et cette stratégie, couplée avec d'autres interventions effectuées dans des conditions rigoureuses, a permis de faire considérablement reculer la mortalité. Cela dit, il conviendra de s'assurer par des études effectuées dans le cadre de programmes que ces stratégies ne présentent aucun risque et sont viables à long terme avant que l'OMS et l'UNICEF ne puisse recommander leur inclusion dans des programmes.

Les nouveau-nés dont la mère est infectée par le VIH ont besoin de soins spéciaux. Pour éviter la transmission mère-enfant du VIH et renforcer la continuité des soins, les mères infectées par le VIH doivent recevoir toute l'information et le soutien nécessaires pour leur permettre d'avoir accès à des services supplémentaires dispensés par les structures de santé, et notamment d'un traitement prophylactique antirétroviral à l'intention des mères et des nouveau-nés, d'une thérapie antirétrovirale à vie pour les mères qui en ont besoin, des services de conseil et de soutien en matière d'alimentation du nourrisson, de dépistage du VIH et de soins aux enfants exposés, y compris pour les traitements

prophylactiques des infections opportunistes et la thérapie antirétrovirale si nécessaire. Les agents de santé communautaires doivent en particulier être conscients des difficultés liées à l'alimentation des nourrissons de manière à être capables d'encourager et d'aider les mères à adopter les modes d'alimentation appropriés et bien comprendre que les nouveau-nés infectés par le VIH sont, pour la plupart, nés prématurément et sont plus exposés aux infections.

Qui peut faire les visites à domicile ?

Les visites à domicile pour soins aux nouveau-nés devraient être faites par des agents de santé qualifiés. Ce sont eux qui peuvent effectuer toutes les tâches essentielles pour les soins curatifs et préventifs. Dans de nombreuses situations, cette option n'est pas possible en raison du manque de personnel qualifié, du manque de moyens de transport ou de la charge de travail ne leur permettant pas d'effectuer des visites à domicile en temps voulu et de façon répétée. Dans ces situations, certains des soins de base aux nouveau-nés peuvent être dispensés par des agents de santé auxiliaires qualifiés ou des agents de santé communautaires professionnels qui sont intégrés ou rattachés au système de santé. Certains agents travaillant pour des programmes nationaux existants ont ainsi été habilités à faire ces visites à domicile, comme par exemple :

- **les sages-femmes communautaires en Indonésie** : plus des deux tiers des accouchements en Indonésie se déroulent avec l'assistance d'accoucheuses traditionnelles qualifiées, qui représentent une proportion importante des sages-femmes communautaires (*Bidan di Desas*). Ces sages-femmes sont habilitées à dispenser des soins aux mères et aux nouveau-nés dans le cadre de visites de suivi à domicile ;
- **les agents communautaires du programme de prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles en Inde** : L'Inde a adapté sa stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) pour y inclure un volet supplémentaire axé sur la santé du nouveau-né, en la rebaptisant PCIMNE. En Inde, par exemple, la stratégie PCIMNE englobe des visites postnatales à domicile assurées par des agents de santé communautaires (les Anganwadi) et dans certaines régions par la nouvelle structure ASHA ;
- **les Female community health volunteers au Népal** : au Népal, des agents de santé féminines bénévoles (FCHV) ont été recrutés dans des programmes pilotes pour dispenser des soins à domicile aux mères et aux nouveau-nés. Les FCHV sont issues des communautés pour lesquelles elles travaillent et dans lesquelles elles exerçaient déjà des activités de vaccination, de distribution de vitamine A et de traitement de la diarrhée et de la pneumonie. Une stratégie nationale visant à intensifier les soins à domicile aux nouveau-nés a été élaborée. Selon le programme de

soins aux nouveau-nés, les FCHV doivent être présentes à la naissance et revenir le troisième et le septième jour qui suivent pour promouvoir des pratiques favorables à la santé, dépister les maladies et mettre en place le traitement nécessaire ;

- **les assistants de surveillance sanitaire (HSA) au Malawi** : dans six districts du pays, une formation d'assistants de surveillance sanitaire a été mise en place dans le cadre d'une stratégie de renforcement progressif du système de santé, à l'issue de laquelle ces assistants effectuent des visites à domicile pendant la grossesse et dans les jours qui suivent l'accouchement afin d'améliorer les conditions d'hygiène dans les soins aux mères et aux nouveau-nés, d'apprendre aux familles à reconnaître les symptômes évocateurs d'un problème de santé et de les inciter à consulter sans tarder ;
- **les agents de santé communautaires en Ethiopie** : ces agents, qui dispensent une série de soins essentiels, sont relayés par des agents communautaires bénévoles pour de nombreuses activités promotionnelles. Ces agents et ces volontaires qui travaillent sur le terrain ont pour tâche de prodiguer des soins à domicile aux mères et aux nouveau-nés après avoir suivi une formation appropriée.

Étapes à suivre pour la mise en œuvre de cette stratégie de visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés

- Adopter la politique des visites à domicile pour le suivi des nouveau-nés dans la première semaine de la vie.
- Identifier la meilleure approche de visites à domicile dans les jours suivant la naissance en termes de coût, d'efficacité et de durabilité.
- Évaluer le niveau actuel et la répartition du personnel et de ses compétences pour assurer les soins nécessaires pour la survie des nouveau-nés.
- Quand cela est adapté à la situation, adopter la stratégie de visites à domicile aux nouveau-nés pendant la première semaine de la vie par des agents de santé communautaire en complément des soins apportés par des travailleurs de santé qualifiés au niveau des formations de santé et au niveau communautaire.
- Recruter, former et mettre en place suffisamment de personnel de santé, y compris au sein de la communauté, pour dispenser des soins aux nouveau-nés par l'intermédiaire de visites postnatales à domicile.
- Veiller au maintien des compétences professionnelles et de la motivation du personnel de santé, y compris des agents communautaires.
- Renforcer le soutien apporté par le système de santé responsable des soins aux nouveau-nés, notamment pour assurer la régularité

des approvisionnements, la supervision de leurs activités et l'orientation vers les services compétents.

- Soutenir les efforts de communication afin de favoriser la compréhension de l'entourage et sa participation aux soins postnataux.

Recommandations à l'intention des pays

1. Tous les nouveau-nés devraient recevoir des soins appropriés, notamment dans les premières heures et dans la première semaine en raison de leur extrême vulnérabilité. Des soins supplémentaires devraient être assurés pour certaines conditions comme un faible poids de naissance, une infection par le VIH chez la mère ou en cas de maladie néonatale.
2. Il convient de procéder dans chaque pays à une analyse de la situation en ce qui concerne les politiques et pratiques actuelles en matière de grossesse, d'accouchement et de soins après l'accouchement, d'hospitalisation, de la durée du séjour à l'hôpital après l'accouchement, de soins à domicile pour les mères accouchant chez elles, et sur le rôle potentiel des visites à domicile des agents de santé communautaires dans les soins aux mères et aux nouveau-nés, dans les heures et les jours qui suivent la naissance.
3. Un programme de visite à domicile est recommandé quand l'accès aux soins dans un établissement de santé est limité. Les tâches assignées aux agents de santé de ce type de programme doit dépendre de la répartition actuelle du personnel, de leur compétence pour assurer ces soins, de l'approvisionnement en matériel et du niveau de supervision. Quand les travailleurs qualifiés ne sont pas disponibles, les pays doivent envisager l'implication éventuelle des agents de santé communautaires dans les heures et les jours qui suivent la naissance.
4. Le contenu des programmes de visite à domicile doit dépendre du niveau des soins apportés pendant la grossesse, l'accouchement et pendant la période néonatale, en fonction du contexte.
 - a. Pour les accouchements pratiqués dans des établissements de santé, cette analyse doit porter sur les contrôles répétés systématiques des mères et des nouveau-nés et sur les conseils dispensés aux mères avant leur sortie, ainsi que sur la date de la première consultation de suivi ou de la première visite à domicile.
 - b. Pour les naissances à domicile, des contrôles répétés et des conseils concernant le soin des enfants et les symptômes d'alerte devraient faire partie des soins standards.
5. Les visites à domicile devraient être mises en place le plus tôt possible après la naissance ou le retour à la maison. Les visites effectuées dans les 24 heures qui suivent la naissance

sont particulièrement efficaces pour réduire la mortalité infantile. Les visites supplémentaires le troisième et si possible le septième jour peuvent contribuer à une amélioration des pratiques de soins à domicile et aider à repérer des symptômes évocateurs d'un problème de santé ou une maladie. Les visites à domicile peuvent être faites par des professionnels de la santé ou par des agents communautaires dûment formés.

6. Les programmes doivent tenir compte de l'importance de sensibiliser davantage la communauté aux pratiques de soins à domicile susceptibles d'améliorer la survie du nouveau-né.
7. Les activités de soins postnatals à domicile par les agents de santé communautaires doivent être rattachées aux systèmes de santé et à la stratégie de continuité des soins. Les services de santé doivent tendre à favoriser au maximum les soins prénatals dans le cadre familial. La pénurie d'accoucheuses traditionnelles qualifiées et les insuffisances du traitement des maladies des nouveau-nés doivent être résolues dans le cadre d'une stratégie axée par exemple sur l'augmentation et le renforcement des ressources humaines pour la santé, l'augmentation des ressources financières consacrées à la santé, la disponibilité des médicaments et autres fournitures et les activités de contrôle et de supervision, l'amélioration du système d'orientation-recours et l'élimination des obstacles qui entravent l'accès à ces soins postnatals.

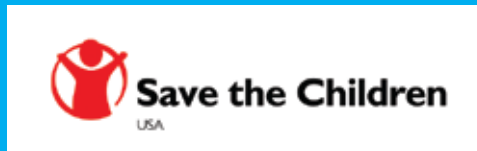
Comment l'UNICEF, l'OMS et leurs partenaires peuvent soutenir ces actions :

1. en incitant et en aidant les pays à adopter ces recommandations et à les adapter aux contextes et aux structures nationaux ;
2. en collaborant avec les gouvernements et les organisations non gouvernementales pour assurer une diffusion rapide de ces recommandations, et en encourageant les gouvernements, les ONG et les communautés à adopter ces recommandations ;
3. en contribuant à renforcer les effectifs et à améliorer l'efficacité des prestataires de soins de santé et du personnel d'encadrement des agents de santé communautaires chargés de fournir des soins à domicile aux nouveau-nés grâce à l'élaboration de principes directeurs et à l'utilisation de matériels de formation, ainsi que par d'autres activités utiles ;
4. en soutenant les efforts de communication visant à promouvoir les soins prénatals et la présence d'accoucheuses traditionnelles qualifiées lors des accouchements ainsi que les soins postnatals aux mères et aux nouveau-nés.

Bibliographie

1. Darmstadt GL et al; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*, 2005 Mar 12-18 ; 365(9463): 977-88.
2. *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié : déclaration conjointe OMS, ICM et FIGO*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004.
3. Bang AT et al. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet*, 1999 ; 354(9194): 1955-61.
4. Bang AT (document non publié. Communication individuelle).
5. Baqui AH et al ; Projahnmo Study Group. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2008 ; 371(9628): 1936-44.
6. Kumar V et al L; Saksham Study Group. Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2008 ; 372(9644): 1151-62.
7. Bhutta ZA et al. Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2008 ; 86(6): 452-9.
8. *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2008 (ISBN 978 92 4 156371 0).
9. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*, 2005 ; 365: 891-900.
10. *Countdown to 2015. Tracking progress in maternal, newborn & child survival: the 2008 report*. New York, United Nations Children's Fund, 2008 (<http://www.countdown2015mnch.org/>).
11. Fort AI, Kothari MT, Abderrahim N. *Postpartum care: levels and determinants in developing countries. DHS Comparative Report No. 15*. Macro International Inc. Maryland, 2006.
12. *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006 (ISBN 92 4 159084 X).
13. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. Helsinki Polytechnic Stadia, Health Care and Social Services A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*. 2008 ;17(9):1132-43.
14. Olds DL, Kitzman H.. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics*. 1990 ;86(1):108-16.

La présente déclaration commune OMS/UNICEF est soutenue par les institutions ci-après :



Historique de l'élaboration de la présente déclaration

Une consultation technique sur les soins aux nouveau-nés et du traitement des infections néonatales au niveau communautaire a été organisée conjointement par l'OMS, Save the Children (SC) et USAID à Londres, en septembre 2007. Un comité d'experts indépendant a présenté et passé en revue toutes les études publiées et non publiées consacrées à l'évaluation des soins à domicile aux nouveau-nés dans les zones à forte mortalité. Les experts ont indiqué n'avoir aucune divergence de vues. Ils sont parvenus à la conclusion que les interventions à base communautaire réduisaient la mortalité néonatale et que la quasi-totalité des études faisait état d'un système de visites à domicile par des agents de santé communautaires. A la suite de cette consultation technique, le Département OMS de la Santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent a commandé une étude systématique des ouvrages publiés sur le sujet, laquelle a confirmé les conclusions de la consultation. Un projet de déclaration commune a dès lors été rédigé par l'OMS et l'UNICEF et soumis à SC et à USAID pour examen. Il a ensuite été revu par le Comité d'experts, dont les observations ont été incorporées dans la version finale. Cette déclaration fera l'objet d'un examen et d'une mise à jour deux ans après sa publication.



Organisation
mondiale de la Santé

Organisation mondiale de la Santé
Département Santé et développement de l'enfant et de
l'adolescent
20 Avenue Appia, 1121 Genève 27
Suisse
Tél. : +41 22 791 3281
Fax. : +41 22 791 7853
Courriel : cah@who.int
www.who.int



Fond des Nations Unies pour l'enfance
Section de la santé, Division des programmes
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017
Etats-Unis
Tél. : +1 212 326 7000
www.unicef.org

WHO/FCH/CAH/09.02

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse cidessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.