

A close-up photograph of a woman with a joyful expression, looking down at a newborn baby she is holding. She is wearing a traditional green and pink striped headwrap. The baby is wrapped in a white cloth with floral patterns. The background is a soft, out-of-focus blue.

unicef 
pour chaque enfant

**POUR CHAQUE ENFANT,
UNE CHANCE DE VIVRE**

L'urgence de mettre fin à la mortalité néonatale

Remerciements

(noms classés par ordre alphabétique)

Responsable de production : Guy Taylor

Principaux rédacteurs : Siobhan Devine, Guy Taylor

Données et analyse : Liliana Carvajal-Aguirre, Lucia Hug, Tyler Porth, Danzhen You

Analyse et examen techniques : Maaïke Arts, France Begin, Ted Chaiban, Laurence Chandy, Chika Hayashi, Mark Hereward, Vrinda Mehra, Anastasia Mshvidobadze, Luwei Pearson, Stefan Peterson, Katherine Rogers, David Sharrow, Irum Taqi, Nabila Zaka and Willibald Zeck.

Les auteurs remercient également Sinae Lee, Padraic Murphy et Maria Eleanor Reserva pour le soutien supplémentaire qu'ils ont apporté à l'analyse et l'examen des données.

Relecture : Tara Dooley, Meg French, Katherine Rogers

Révision : Kristin Moehlmann

Vérification des données : Xinyi Ge, Yasmine Hage

Mise en page : QUO Global

Les auteurs de ce rapport sont particulièrement reconnaissants envers leurs collègues de plusieurs bureaux de pays de l'UNICEF, en particulier UNICEF Éthiopie, UNICEF Kirghizistan et UNICEF Malawi, pour leur soutien, ainsi qu'au Dr Margaret E. Kruk, de la Harvard T. H. Chan School of Public Health, et au professeur Joy Lawn, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, pour leurs précieuses observations.

POUR CHAQUE ENFANT, UNE CHANCE DE VIVRE

L'urgence de mettre fin à la mortalité néonatale

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance
(UNICEF), 2018

Une permission est nécessaire pour reproduire
une partie de cette publication. L'autorisation
sera accordée gratuitement aux organisations
éducatives ou à but non lucratif.

Veuillez contacter :
Collecte de fonds et partenariats privés,
UNICEF, Palais des Nations,
1211 Genève 10, Suisse

Crédits photographiques :

Couverture : © UNICEF/UN0157449/Ayene
Page 4 : © UNICEF/UNI39905/Chute
Page 7 : © UNICEF/UNI150965/Asselin
Page 9 : © UNICEF/UN0157425/Ayene
Page 10 : © UNICEF/UNI139096/Chute
Page 15 : © UNICEF/UNI100595/Asselin
Page 17 : © UNICEF/UN0147842/BOSCH/AFP
Page 18 : © UNICEF/UN0155830/Zammit
Page 23 : © UNICEF/UN0157421/Ayene
Page 24 : © UNICEF/UNI100590/Asselin
Page 27 : © UNICEF/UN0146977/Voronin
Page 28 : © UNICEF/UNI182031/Rich
Page 30 : © UNICEF/UNI100801/Asselin

Table des matières

Résumé analytique	1
Le défi de donner à chaque enfant une chance de vivre	5
Mortinatalité : une tragédie passée sous silence	6
Là où les bébés meurent	11
Les lieux de naissance les plus risqués	11
Les lieux de naissance les plus sûrs	12
Le risque pour les nouveau-nés varie d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays	14
Programme d'action	19
Il est essentiel d'élargir l'accès aux services de santé	19
Garantir l'accès ne suffit pas ; le facteur clé est la qualité	19
Perspectives d'avenir	20
1 Lieux : des établissements de santé propres et fonctionnels	20
2 Personnel : des professionnels de la santé bien formés	21
3 Produits : matériel et médicaments vitaux	21
4 Moyens : dignité, respect et responsabilité	22
Pour chaque enfant, une chance de vivre	25
Notes de fin	29
Annexe : Taux de mortalité néonatale et classement des pays par catégorie de revenu	31

Imaginez un instant que vous êtes sur le point d'accoucher. Vous êtes chez vous, en compagnie de quelques membres de votre famille venus vous épauler. Vous souffrez, mais il n'y a aucun médecin, infirmière ou sage-femme à proximité. Vous êtes consciente du fait que le bébé que vous attendez et vous-même risquez de ne pas survivre à l'accouchement. Et même si vous surmontez tous deux cette épreuve, vous savez que les jours et les semaines à venir ne seront pas exempts de danger.

Maintenant, imaginez que vous êtes une sage-femme qui se prépare à un accouchement prématuré. L'établissement de santé dans lequel vous travaillez n'a pas d'eau courante, pas d'électricité et peu de fournitures. Vous êtes debout dans l'obscurité, votre téléphone portable serré entre vos dents : sa faible lueur est la seule lumière dont vous disposez pour travailler. La future mère qui se tient devant vous a 16 ans. Elle entre dans la phase active du travail. Vous êtes la seule à pouvoir lui offrir une aide médicale, et sa seule source d'espoir.

Ces scénarios illustrent la dure réalité à laquelle sont confrontés des millions de mères, d'enfants et d'agents de santé dans le monde entier. C'est une réalité que nous pouvons et devons changer pour donner à chaque enfant une chance de vivre.

Résumé analytique

Chaque année, 2,6 millions de bébés meurent avant l'âge d'un mois¹. Un million d'entre eux rendent leur dernier souffle le jour même de leur naissance. On recense en outre chaque année 2,6 millions d'enfants mort-nés.

Chacun de ces décès est une tragédie, d'autant plus que la grande majorité pourrait être évitée. Plus de 80 % des décès de nouveau-nés sont dus à un accouchement prématuré, à des complications pendant le travail et l'accouchement et à des infections telles que les septicémies, les méningites et les pneumonies. D'autres facteurs similaires, en particulier les complications pendant le travail, sont associés à une part importante des mortinaissances.

Des millions de jeunes vies pourraient être épargnées chaque année si les mères et les bébés avaient accès à des soins de santé abordables et de qualité, à une nutrition correcte et à de l'eau potable. Mais ces éléments pourtant élémentaires font trop souvent défaut aux mères et aux bébés qui en ont le plus besoin.

Ces dernières décennies, le nombre de décès d'enfants âgés de 1 mois à 5 ans a considérablement diminué. Cependant, les progrès réalisés dans la réduction du nombre de décès de nouveau-nés (ceux âgés de moins d'un mois) ont été moins impressionnants, puisque 7 000 nouveau-nés meurent encore chaque jour. Cela s'explique en partie par le fait qu'il n'est pas possible d'éviter tous les décès de nouveau-nés en utilisant un médicament donné ou en adoptant une mesure prédéfinie : le traitement de ce problème exige une approche globale. Il faut par ailleurs souligner le manque d'initiative et d'engagement à l'échelle mondiale en faveur de la survie des nouveau-nés. Nous manquons à notre devoir de protéger les êtres les plus jeunes et les plus vulnérables de la planète. Pourtant, étant donné les millions de vies qui sont en jeu, le temps presse.

Comme le montre le présent rapport, les chances de survie des nouveau-nés varient énormément d'un endroit à l'autre. Ainsi, les bébés nés au Japon sont le plus susceptible de rester en vie : seul un sur 1 000 mourra dans les 28 premiers jours de vie². En revanche, les enfants nés au Pakistan courent plus de risques que les autres : sur 1 000 bébés qui voient le jour dans ce pays, 46 ne survivront pas un mois, soit presque un nouveau-né sur 20.

Les chances de survie des nouveau-nés sont étroitement liées au niveau de revenu du pays dans lequel ils voient le jour. Dans les pays à revenu élevé, le taux de mortalité néonatale moyen (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes) est de seulement trois pour 1 000³. Par comparaison, les pays à revenu faible présentent un taux de mortalité néonatale de 27 pour 1 000. Cet écart est considérable : si tous les pays parvenaient à réduire au moins leur taux de mortalité néonatale au niveau de celui des pays à revenu élevé, la vie de 16 millions de nouveau-nés pourrait être épargnée d'ici à 2030.

Toutefois, le niveau de revenu d'un pays donné n'est qu'un facteur parmi d'autres. Au Koweït et aux États-Unis, qui sont tous deux des pays à revenu élevé, le taux de mortalité néonatale est de quatre pour 1 000. Ce chiffre est à peine supérieur à celui de plusieurs pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, comme le Sri Lanka et l'Ukraine, où le taux de mortalité néonatale est de cinq pour 1 000. Au Rwanda, pays à revenu faible, le taux de mortalité néonatale a diminué de moitié au cours des dernières décennies, passant de 41 pour 1 000 en 1990 à 17 pour 1 000 en 2016, raison pour laquelle le Rwanda est classé bien au-dessus de certains pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure comme la République dominicaine, où ce taux atteint 21 pour 1 000. Ces chiffres témoignent de l'importance de la volonté politique d'investir dans des systèmes de santé solides, accordant la priorité aux nouveau-nés et capables de bénéficier aux populations les plus pauvres et marginalisées. L'existence d'une telle volonté peut en effet faire une grande différence, même là où les moyens sont limités.

Par ailleurs, les taux de mortalité nationaux cachent souvent des disparités au sein même des pays : les bébés nés d'une mère sans instruction risquent presque deux fois plus de mourir pendant la période néonatale que les bébés nés d'une mère titulaire d'au moins un diplôme d'études secondaires. De même, les bébés nés dans les familles les plus pauvres ont 40 % plus de risques de mourir pendant la période néonatale que ceux nés dans les familles les moins pauvres⁴.

En se penchant sur les causes profondes de ces décès, on constate que ces bébés ne meurent pas pour des raisons médicales comme la prématurité ou la pneumonie. Ils périssent parce que leurs familles sont trop pauvres ou marginalisées pour leur offrir les soins dont ils ont besoin. De toutes les injustices du monde, celle-ci est sans doute la plus criante.

Sur le plan positif, il faut noter que des progrès sont possibles, même si les moyens sont limités. Les avancées réalisées dans des pays comme le Rwanda sont source d'espoir et d'enseignements pour d'autres pays déterminés à accorder la priorité à la survie de leurs nouveau-nés. Concrètement, ces succès prouvent qu'il existe deux conditions essentielles à remplir :

1. Renforcer l'accès aux soins de santé à un prix abordable
2. Améliorer la qualité de ces soins

Lorsque l'accès à des services de santé maternelle et néonatale fournis par un personnel de santé qualifié est faible, il est associé à un taux élevé de mortalité néonatale. Ainsi, en Somalie, où le taux de mortalité néonatale est l'un des plus élevés au monde (39 pour 1 000), il n'y a qu'un médecin, une infirmière ou une sage-femme pour 10 000 habitants. En République centrafricaine, où le taux de mortalité néonatale est de 42 pour 1 000, il n'existe que trois professionnels de la santé pour 10 000 habitants. Par comparaison, en Norvège, pays qui affiche un taux de mortalité néonatale de 2 pour 1 000, ces professionnels qualifiés sont au nombre de 218 pour 10 000 habitants. Le Brésil, pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure où le taux de mortalité néonatale est de 8 pour 1 000, dispose de 93 de ces professionnels pour 10 000 habitants.

Améliorer l'accès aux services de santé maternelle et néonatale est donc une première étape nécessaire pour faire baisser les taux de mortalité néonatale. Cependant, si la qualité des services est insuffisante, la seule présence d'un établissement de santé ou d'un agent de santé ne suffira pas à faire la différence entre la vie et la mort.

Qualité des soins

La qualité des soins est définie comme la mesure dans laquelle les services de santé améliorent les résultats souhaités dans le domaine de la santé. Pour obtenir des soins de qualité et améliorer les résultats, les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes doivent avoir la formation, les ressources et les motivations nécessaires pour offrir un traitement rapide, efficace et respectueux à chaque mère et chaque enfant.

Pour renforcer la qualité des soins, réduire le nombre de maladies et de décès évitables chez les mères et les nouveau-nés, et améliorer l'expérience de chaque mère en matière de soins, l'OMS et l'UNICEF ont lancé en 2017 le Quality of Care Network, un réseau qui se consacre à l'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile.

Couverture sanitaire universelle

La couverture sanitaire universelle est définie comme une situation dans laquelle toutes les personnes ont accès à des services de santé qui non seulement traitent les maladies, mais aussi favorisent une bonne santé et évitent à la population de tomber malade. Cette couverture universelle vise également à garantir que les services soient de haute qualité sans exposer leurs utilisateurs à des difficultés financières.

Sauver des vies n'est jamais chose aisée, et aucun gouvernement ou institution agissant de son propre chef ne parviendra à mettre un terme aux décès évitables de nouveau-nés. En effet, pour fournir des soins de santé abordables et de qualité à chaque mère et à chaque bébé, à commencer par les plus vulnérables, les critères suivants doivent être respectés :

- **Lieu** : garantir l'existence d'établissements de santé propres et fonctionnels, approvisionnés en eau, en savon et en électricité, à la portée de chaque mère et chaque bébé.
- **Personnel** : recruter, former, maintenir et gérer un nombre suffisant de médecins, d'infirmières et de sages-femmes possédant les compétences et les aptitudes nécessaires pour sauver la vie des nouveau-nés.
- **Produits** : mettre à la disposition de chaque mère et de chaque bébé les 10 meilleurs médicaments et fournitures susceptibles de sauver des vies (voir Figure 6).
- **Moyens** : donner aux adolescentes, aux mères et aux familles les moyens de demander et de recevoir des soins de qualité.

La campagne mondiale de l'UNICEF intitulée Pour chaque enfant, une chance de vivre est un appel urgent lancé aux gouvernements, aux entreprises, aux prestataires de soins de santé, aux communautés et aux particuliers pour les enjoindre à tenir la promesse d'une couverture sanitaire universelle⁵ et à assurer la survie de tous les enfants. Cette campagne, qui vise à établir un consensus autour du principe selon lequel chaque mère et chaque bébé méritent des soins abordables et de qualité, mobilise l'UNICEF et ses partenaires en faveur de la mise en place des quatre critères susmentionnés (lieu, personnel, produits et moyens) dans 10 pays prioritaires, à savoir : le Bangladesh, l'Éthiopie, la Guinée-Bissau, l'Inde, l'Indonésie, le Malawi, le Mali, le Nigéria, le Pakistan et la République-Unie de Tanzanie. Pris ensemble, ces pays recensent plus de la moitié des décès de nouveau-nés dans le monde.

Pour en savoir plus sur cette campagne et sur la manière d'y contribuer, consultez le site www.unicef.org/french/every-child-alive. Tous les efforts déployés pour atteindre cet objectif, aussi maigres soient-ils, valent la peine, car tous les enfants devraient avoir la chance de survivre et de s'épanouir. De même, aucun parent ne devrait être confronté à la souffrance ou au décès de son enfant, surtout lorsque les moyens de le garder en vie et en bonne santé existent.

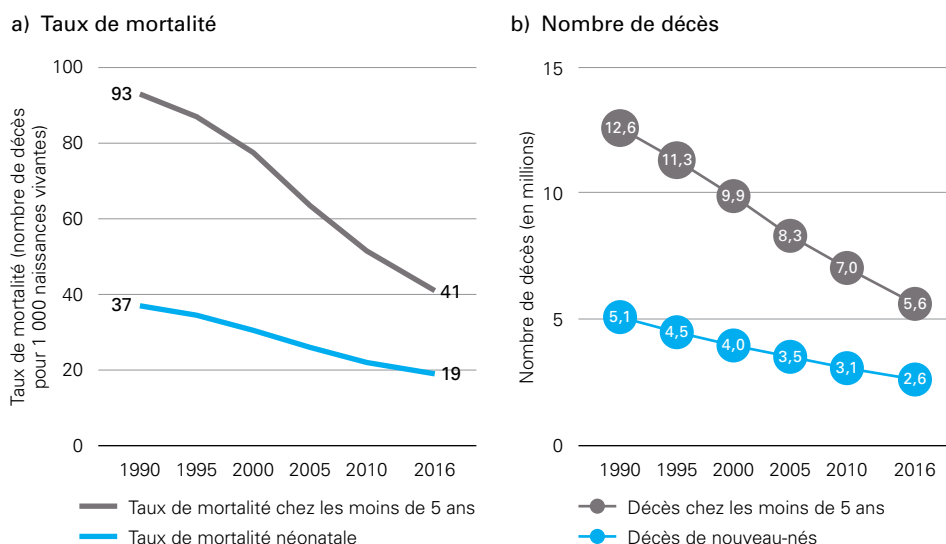


Le défi de donner à chaque enfant une chance de vivre

Les décès de nouveau-nés représentent désormais une part plus importante et croissante de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans.

Chaque jour, dans le monde, environ 7 000 nouveau-nés trouvent la mort. Plus de 80 % de ces décès sont liés à des causes qui auraient pu être évitées grâce à des solutions élémentaires telles que des soins de santé abordables et de qualité dispensés par des médecins, du personnel infirmier et des sages-femmes bien formés, une bonne nutrition prénatale et postnatale pour la mère et le bébé, et la disponibilité d'eau salubre. Même si les taux de mortalité néonatale ont baissé au cours des dernières décennies, cette diminution reste lente par rapport aux progrès impressionnants réalisés pour les enfants âgés de 1 mois à 5 ans. Entre 1990 et 2016, le taux de mortalité dans cette tranche d'âge a chuté de près de deux tiers (62 %). En revanche, le taux de mortalité néonatale n'a diminué que de 49 %. Par conséquent, les décès de nouveau-nés représentent désormais une part plus importante et croissante de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans.

Figure 1
Taux de mortalité et nombre de décès, 1990–2016



Remarque : Les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile ont été produites à l'issue des consultations annuelles menées avec les États Membres. Elles peuvent différer des statistiques officielles car les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile sont standardisées sur la base de toutes les sources de données du pays disponibles en juillet 2017 et extrapolées à 2016.

Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2017.

Deux facteurs majeurs expliquent ce constat alarmant. Premièrement, les principales causes de décès des nouveau-nés sont la prématurité, les complications au moment de la naissance et les infections telles que les septicémies, les méningites et les pneumonies. Ces problèmes peuvent souvent être évités, mais il n'existe pour cela aucun médicament déterminé ni aucune intervention prédéfinie. Leur traitement requiert une approche globale.

Le second facteur, non moins important, est le manque de motivation à l'échelle mondiale pour relever le défi de mettre fin à la mortalité néonatale.

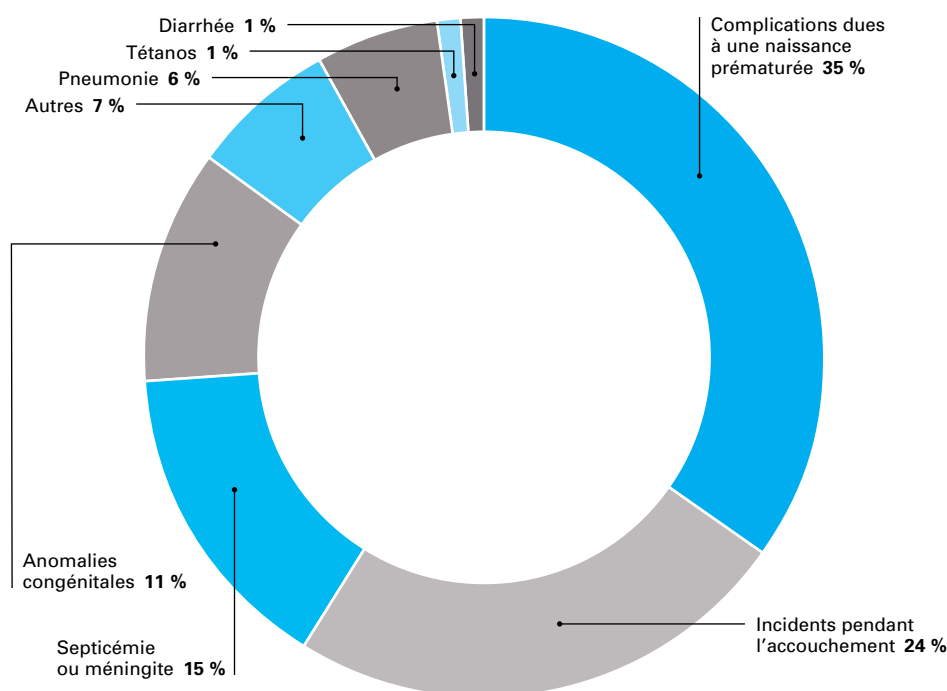


Figure 2
Causes de décès chez les nouveau-nés, en 2016

Remarque : Les estimations sont arrondies et peuvent donc ne pas totaliser 100 %. Les complications dues à une naissance prématurée désignent les complications survenant avant terme ; les incidents pendant l'accouchement font référence aux complications survenant au cours de l'accouchement.

Source : OMS et Maternal and Child Epidemiology Estimation Group (MCEE), 2018. Estimations relatives aux causes de décès chez les enfants entre 2000 et 2016.

Accorder une attention particulière aux nouveau-nés petits et malades

Chaque année, environ 15 millions de bébés naissent prématurément, c'est-à-dire avant 37 semaines de gestation.

Les naissances prématurées exposent les mères et les bébés à de multiples complications potentiellement mortelles, comme l'insuffisance pondérale à la naissance. En outre, les bébés prématurés qui survivent à la période néonatale connaissent souvent des problèmes persistants, notamment des retards de croissance et des troubles de l'apprentissage.

D'après des données recueillies dans le monde entier, il existe une forte corrélation entre la qualité des soins postnatals et la survie des nouveau-nés à haut risque. Un exemple fréquemment cité de mesure qui améliore la survie de ceux-ci est la méthode kangourou, c'est-à-dire le contact précoce et régulier peau à peau entre la mère et le bébé.

La formation des agents de santé et la mise en œuvre de méthodes éprouvées, telles que l'application à grande échelle de cette méthode kangourou, réduiront considérablement les risques pour les prématurés et contribueront à donner à chaque enfant une chance de survivre.

Mortinatalité : une tragédie passée sous silence

À l'instar du nombre beaucoup trop élevé de nouveau-nés qui périssent dans le mois qui suit leur naissance, le nombre de bébés mort-nés (c'est-à-dire nés sans signe de vie) est lui aussi dramatique. Chaque année, les mortinaissances concernent environ 2,6 millions de bébés, la grande majorité dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Il convient de souligner que la moitié des bébés mort-nés sont encore vivants au début du travail⁶.

Ces décès ne sont généralement pas comptabilisés dans les systèmes de santé publique ni pris en compte par les décideurs. Dans la plupart des cas, aucun acte de naissance ou de décès officiel n'est dressé pour les bébés mort-nés. Bien qu'ils ne laissent officiellement aucune trace, leur perte reste une empreinte indélébile dans le cœur des parents et des familles.

Tandis que les cibles mondiales liées à la survie des nouveau-nés et des enfants sont intégrées dans les objectifs de développement durable (ODD), il n'existe pas de cible spécifique associée à la mortinatalité. Les bébés mort-nés et leurs parents méritent pourtant d'être pris en compte. Conscient de la nécessité de remédier à cette situation, l'UNICEF appelle les dirigeants du monde à prendre des mesures pour s'assurer que chaque enfant mort-né est comptabilisé, à fixer des objectifs ambitieux de réduction de la mortinatalité et à s'engager à les atteindre.

Bon nombre des mesures et des approches adoptées pour prévenir les décès de nouveau-nés peuvent également prévenir les mortinatalités. D'après le plan d'action Chaque nouveau-né, une initiative globale lancée en 2014 pour prévenir la mortalité néonatale et la mortinatalité, il serait possible de sauver la vie de trois millions de mères, de nouveau-nés et de bébés mort-nés chaque année en améliorant les soins au moment de la naissance et en prodiguant des soins spéciaux aux nouveau-nés de petite taille et malades⁷.



ÉTHIOPIE

Hawa Mustafa, 29 ans, tient dans ses bras sa fille de 6 mois, Muna Ibrahim, dans un établissement de santé soutenu par l'UNICEF, situé dans la région reculée de Benishangul-Gumuz, en Éthiopie. Hawa a donné naissance à son premier enfant chez elle, mais celui-ci est mort juste après l'accouchement. Ses quatre autres enfants, dont Muna, ont été mis au monde dans cet établissement de santé. Même s'il reste plus élevé que la moyenne nationale, le taux de mortalité néonatale au Benishangul-Gumuz a chuté de près de moitié entre 2000 et 2016, passant de 65 décès pour 1 000 naissances vivantes à 35 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cette amélioration est en partie due au nombre croissant de femmes qui accouchent dans des établissements comme celui-ci.

Voici l'histoire de Hawa, telle qu'elle l'a racontée au personnel de l'UNICEF : « Il y a dix ans, j'étais enceinte de mon premier enfant. Quand les contractions ont commencé, j'ai subi de fortes douleurs pendant deux jours puis j'ai mis au monde un petit garçon, Mahmoud. Il est mort sur-le-champ. J'ai ressenti une peine incommensurable. Pendant six mois, je n'ai pas eu la force de quitter la maison. Mon mari et ma famille devaient aller chercher le bois et l'eau. Je sais que si j'avais mis Mahmoud au monde dans un établissement de santé, ils auraient pu le sauver. J'ai maintenant quatre enfants, qui sont tous nés ici, et les voir en vie m'emplit de joie. Peu importe qu'ils crient ou qu'ils s'agitent, je suis heureuse qu'ils soient bien vivants. Un jour, peut-être que l'un d'entre eux deviendra médecin. »





Là où les bébés meurent

Les taux de mortalité néonatale varient en fonction des pays et des régions. Ainsi, dans de nombreux pays, il y a peu de risques qu'une mère ou son bébé meure au cours de l'accouchement ou juste après. Dans d'autres, le jour de l'accouchement ainsi que ceux qui précèdent et qui suivent sont lourds de dangers.

Les lieux de naissance les plus risqués

Le Pakistan est le lieu de naissance le plus risqué, à en juger par son taux de mortalité néonatale. Sur 1 000 bébés nés au Pakistan en 2016, 46 sont morts avant la fin de leur premier mois d'existence, soit une proportion alarmante d'un nouveau-né sur 22. Parmi les 10 pays affichant les taux de mortalité néonatale les plus élevés, huit se trouvent en Afrique subsaharienne et deux en Asie du Sud.

Figure 3a
Liste des 10 pays présentant les taux de mortalité néonatale les plus élevés en 2016, et nombre de professionnels de la santé qualifiés pour 10 000 habitants

Pays présentant les taux de mortalité néonatale les plus élevés en 2016	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)	Nombre de professionnels de la santé qualifiés pour 10 000 habitants
Pakistan	45,6 [33,9 ; 61,5]	14 (2014)
République centrafricaine	42,3 [25,7 ; 68,6]	3 (2009)
Afghanistan	40,0 [31,6 ; 48,9]	7 (2014)
Somalie	38,8 [19,0 ; 80,0]	1 (2014)
Lesotho	38,5 [25,5 ; 55,6]	6 (2003)
Guinée-Bissau	38,2 [25,8 ; 55,2]	7 (2009)
Soudan du Sud	37,9 [20,5 ; 67,3]	no data
Côte d'Ivoire	36,6 [26,3 ; 50,3]	6 (2008)
Mali	35,7 [20,1 ; 60,7]	5 (2010)
Tchad	35,1 [27,4 ; 44,3]	4 (2013)

Remarque : Les taux de mortalité néonatale correspondent à des estimations assorties de plages d'incertitude. Les chiffres entre crochets représentent les fourchettes inférieure et supérieure d'incertitude, à savoir les marges d'incertitude associées à 90 % du taux de mortalité néonatale. Les classements sont fondés sur des estimations médianes des taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes), qui ne tiennent pas compte des incertitudes. Par conséquent, les positions dans le classement sont susceptibles de varier. Le tableau exclut les pays ayant recensé moins de 1 000 naissances vivantes en 2016 ou une population totale de moins de 90 000 habitants. Les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile ont été produites à l'issue des consultations annuelles menées avec les États Membres. Elles peuvent différer des statistiques officielles car les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile sont standardisées sur la base de toutes les sources de données du pays disponibles en juillet 2017 et extrapolées à 2016.

Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2017, statistiques mondiales de l'OMS sur les personnels de santé, mises à jour en 2016, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/statistics/hwvstats/en/>, consultées le 30 janvier 2018.

Pays présentant les taux de mortalité néonatale les plus faibles en 2016	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)	Nombre de professionnels de la santé qualifiés pour 10 000 habitants
Japon	0,9 [0,8 ; 1,0]	131 (2012)
Islande	1,0 [0,7 ; 1,4]	201 (2015)
Singapour	1,1 [1,0 ; 1,3]	76 (2013)
Finlande	1,2 [0,9 ; 1,4]	175 (2012)
Estonie	1,3 [1,1 ; 1,6]	93 (2014)
Slovénie	1,3 [1,1 ; 1,6]	114 (2014)
Chypre	1,4 [1,1 ; 1,9]	64 (2014)
Bélarus	1,5 [1,2 ; 1,8]	150 (2014)
République de Corée	1,5 [1,4 ; 1,7]	79 (2014)
Norvège	1,5 [1,3 ; 1,8]	218 (2014)
Luxembourg	1,5 [1,1 ; 2,0]	152 (2015)

Figure 3b

Liste des 10 pays présentant les taux de mortalité néonatale les plus faibles en 2016, et nombre de professionnels de la santé qualifiés pour 10 000 habitants

Remarque : Les taux de mortalité néonatale correspondent à des estimations assorties de plages d'incertitude. Les chiffres entre crochets représentent les fourchettes inférieure et supérieure d'incertitude, à savoir les marges d'incertitude associées à 90 % du taux de mortalité néonatale. Les classements sont fondés sur des estimations médianes des taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes), qui ne tiennent pas compte des incertitudes. Par conséquent, les positions dans le classement sont susceptibles de varier. Le tableau exclut les pays ayant recensé moins de 1 000 naissances vivantes en 2016 ou une population totale de moins de 90 000 habitants. Le tableau comprend 11 pays, étant donné que le Bélarus, la République de Corée, la Norvège et le Luxembourg présentent tous le même taux de mortalité néonatale (1,5 pour 1 000). Les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile ont été produites à l'issue des consultations annuelles menées avec les États Membres. Elles peuvent différer des statistiques officielles car les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile sont standardisées sur la base de toutes les sources de données du pays disponibles en juillet 2017 et extrapolées à 2016.

Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2017, statistiques mondiales de l'OMS sur les personnels de santé, mises à jour en 2016, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>, consultées le 30 janvier 2018.

Parmi les pays qui affichent le taux de mortalité néonatale le plus élevé, huit sont considérés comme des États fragiles⁸. Dans ces pays, les crises en tout genre, notamment les conflits, les catastrophes naturelles, l'instabilité et la mauvaise gouvernance ont souvent affaibli les systèmes de santé et entravé la capacité des décideurs à formuler et à mettre en œuvre des politiques qui favorisent la survie des nouveau-nés.

Cependant, il existe une différence entre le taux de mortalité néonatale et le nombre effectif de nouveau-nés qui meurent chaque année. Dans plusieurs pays qui recensent un grand nombre de naissances, le taux de mortalité est inférieur à celui d'autres pays qui dénombrent moins de nouveau-nés, mais le nombre réel de décès y est plus élevé. Dans ces pays, il est primordial d'intensifier les actions destinées à prévenir la mortalité néonatale, en mettant particulièrement l'accent sur les populations les plus pauvres et les plus marginalisées, afin de garantir le succès des efforts déployés à l'échelle mondiale pour mettre fin à la mortalité néonatale due à des causes évitables.

Les lieux de naissance les plus sûrs

À l'autre extrémité du classement, le Japon, l'Islande et Singapour sont les trois pays où les nouveau-nés ont le plus de chances de survivre, d'après le taux de mortalité néonatale. Dans ces pays, seul un bébé sur 1 000 décède dans les 28 jours qui suivent sa naissance. Ainsi, un enfant né au Pakistan a près de 50 fois plus de risques de périr au cours de son premier mois qu'un nouveau-né de ces trois pays.

Figure 4

Classement des 10 pays ayant recensé le nombre le plus élevé de décès de nouveau-nés en 2016, et taux de mortalité néonatale

Pays avec le plus grand nombre de décès de nouveau-nés en 2016	Nombre de décès de nouveau-nés (en milliers)	Part de tous les décès de nouveau-nés dans le monde (en %)	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)
Inde	640	24	25,4 [22,6 ; 28,4]
Pakistan	248	10	45,6 [33,9 ; 61,5]
Nigéria	247	9	34,1 [24,7 ; 46,3]
République démocratique du Congo	96	4	28,8 [19,5 ; 41,5]
Éthiopie	90	3	27,6 [21,7 ; 35,2]
Chine	86	3	5,1 [4,3 ; 6,0]
Indonésie	68	3	13,7 [10,7 ; 17,5]
Bangladesh	62	2	20,1 [17,7 ; 22,5]
République-Unie de Tanzanie	46	2	21,7 [17,2 ; 27,6]
Afghanistan	46	2	40,0 [31,6 ; 48,9]

Remarque : Les chiffres entre crochets représentent les fourchettes inférieure et supérieure d'incertitude, à savoir les marges d'incertitude associées à 90 % du taux de mortalité néonatale. Le tableau exclut les pays ayant recensé moins de 1 000 naissances vivantes en 2016 ou une population totale de moins de 90 000 habitants. Les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile ont été produites à l'issue des consultations annuelles menées avec les États Membres. Elles peuvent différer des statistiques officielles car les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile sont standardisées sur la base de toutes les sources de données du pays disponibles en juillet 2017 et extrapolées à 2016.

Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2017.

Des pays comme le Japon, l'Islande et Singapour sont dotés de systèmes de santé solides et riches en moyens, d'un grand nombre de professionnels de la santé hautement qualifiés, d'une infrastructure bien développée, d'une eau potable facilement accessible et de bonnes conditions d'assainissement et d'hygiène dans leurs établissements de santé. Une éducation en matière de santé publique, associée à un très bon niveau de soins médicaux, garantit l'accès universel à des soins de santé de qualité à tous les âges. Par ailleurs, les conditions générales de nutrition, d'instruction et de sécurité environnementale sont elles aussi enviables. Tous ces facteurs contribuent vraisemblablement au niveau exceptionnellement bas du taux de mortalité néonatale relevé dans ces pays.

En moyenne, les pays à revenu élevé présentent un taux de mortalité néonatale de trois pour 1 000, contre 27 pour 1 000 dans les pays à revenu faible. Si les pays à revenu faible parvenaient à réduire leur taux de mortalité néonatale jusqu'à se situer au niveau de ceux à revenu élevé, la vie de 16 millions de nouveau-nés pourrait être épargnée d'ici à 2030.

Toutefois, le niveau de revenu d'un pays n'explique pas tout. Trinité-et-Tobago, pays à revenu élevé, présente un taux de mortalité néonatale de 13 pour 1 000, soit un niveau comparable à celui de certains pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure. Au Koweït et aux États-Unis, qui sont tous deux des pays à revenu élevé, le taux de mortalité néonatale est de quatre pour 1 000. Ce chiffre est à peine supérieur à celui de plusieurs pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, comme le Sri Lanka et l'Ukraine, où le taux de mortalité néonatale est de cinq pour 1 000. La Guinée équatoriale, pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, présente quant à elle un taux de mortalité néonatale de 32 pour 1 000, ce qui la place parmi les 20 pays ayant le taux de mortalité néonatale le plus élevé. En effet, même si des niveaux de revenus élevés devraient être le gage de moyens financiers suffisants pour investir dans des systèmes de santé solides, ils doivent aller de pair avec une détermination politique avérée en faveur de tels investissements. Et cette détermination fait souvent défaut. À l'inverse, lorsque les ressources sont

limitées, un engagement politique fort peut garantir que les faibles moyens existants sont investis judicieusement dans la création de systèmes de santé solides, accordant la priorité aux nouveau-nés et bénéficiant aux populations les plus pauvres et les plus marginalisées.

Les taux de mortalité néonatale varient donc selon les pays, et il en va de même des progrès réalisés pour faire baisser ces taux. Ainsi, certains pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure sont parvenus à réduire de manière spectaculaire leurs taux de mortalité en dépit de leur manque de moyens. Les progrès accomplis au Rwanda, un pays à revenu faible qui a réussi à faire passer son taux de mortalité néonatale de 41 pour 1 000 en 1990 à 17 pour 1 000 en 2016, ont été possibles grâce à la détermination du gouvernement en ce sens. Celui-ci a en effet joué un rôle actif dans la mise en œuvre d'un régime d'assurance national qui a bénéficié aux mères les plus pauvres et les plus vulnérables. Le Rwanda a en outre mis en place un système de certification exhaustif des établissements de santé adaptés aux besoins des communautés locales et rendant des comptes aux autorités locales^{9, 10, 11}.

Le risque pour les nouveau-nés varie d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays

Les moyennes nationales masquent des disparités au sein même des pays. Ainsi, les bébés nés dans les familles les plus pauvres risquent 1,4 fois plus de mourir pendant la période néonatale que ceux nés dans les familles les plus riches¹². Les bébés nés d'une mère sans instruction ont presque deux fois moins de possibilités de survivre à cette période que ceux nés d'une mère ayant au moins suivi des études secondaires.

En d'autres termes, les bébés ne meurent pas seulement en raison de troubles médicaux comme la prématurité ou la pneumonie. Leur survie dépend aussi de l'endroit où ils naissent et de qui sont leurs parents. Beaucoup meurent parce que leur famille est trop pauvre ou marginalisée pour leur offrir les soins dont ils ont besoin.

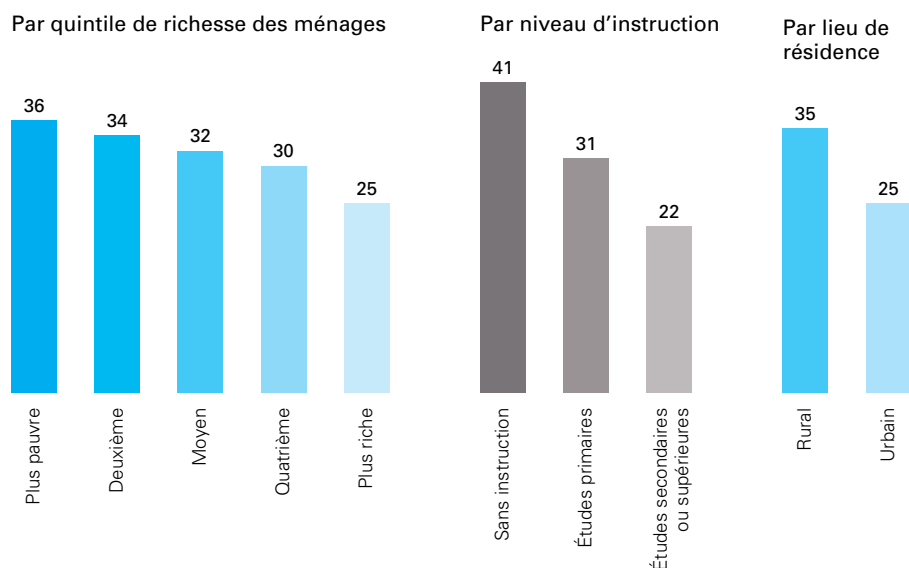


Figure 5
Taux de mortalité néonatale par quintile de richesse, niveau d'instruction et lieu de résidence des ménages

Remarque : Ces données sont extraites des enquêtes MICS ou EDS réalisées dans les pays depuis 2005. Les données issues des enquêtes les plus récentes sont utilisées pour les pays où plusieurs enquêtes ont été réalisées. Le classement par quintile de richesse repose sur 57 enquêtes, celui par niveau d'instruction, sur 64 enquêtes et celui par lieu de résidence, sur 65 enquêtes.

Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur des enquêtes MICS et EDS.



MALAWI

Mary James, 18 ans, habite à Likangala, une communauté rurale du Malawi. Le 16 août 2017, elle a donné naissance à un enfant, mais celui-ci est mort le jour même.

Voici le récit que Mary a fait au personnel de l'UNICEF : « J'ai eu l'impression que mon cœur se brisait. J'avais déjà un nom pour l'enfant, mais il n'a jamais ouvert les yeux et n'a jamais pleuré, alors nous avons gardé ce nom pour nous.

Quand les contractions ont commencé, j'ai prévenu ma sœur et nous sommes allées à pied à l'établissement de santé. C'est une longue marche d'ici à l'hôpital. Quand le bébé est né, il était si faible qu'il n'a même pas pleuré. Le personnel a tout fait pour le sauver. Mais le soir, ils m'ont annoncé que l'enfant était en train de mourir. Je pense que c'est arrivé parce qu'il n'y avait pas assez de personnel médical.

Quand je vois les enfants de mes amis, j'espère que moi aussi, un jour, je pourrai avoir mon propre enfant. »





Programme d'action

Les progrès durement acquis dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure offrent des enseignements précieux quant à la marche à suivre pour donner à chaque enfant une chance de vivre.

Il est essentiel d'élargir l'accès aux services de santé

Améliorer l'accès aux services de santé maternelle et néonatale est un premier pas nécessaire pour réduire le taux de mortalité néonatale. Par exemple, il est essentiel de disposer d'un nombre suffisant de professionnels de la santé compétents, travaillant dans des établissements appropriés, en mesure de traiter les principales causes de mortalité néonatale et facilement accessibles aux communautés. Dans la plupart des cas, les chances de survie augmentent considérablement lorsque les femmes sont assistées pendant l'accouchement par un personnel sanitaire qualifié ou lorsqu'elles mettent leur bébé au monde dans un établissement de santé. En République centrafricaine, un pays en proie à des conflits de longue haleine, à une instabilité politique et à un manque de ressources chronique, environ la moitié des mères n'accouchent pas dans un établissement de santé. Le taux de mortalité néonatale reste élevé dans ce pays, en dépit d'une légère baisse, passant de 49 pour 1 000 en 2000 à 42 pour 1 000 en 2016.

L'importance de la nutrition

Des millions de femmes souffrent déjà de malnutrition lorsqu'elles tombent enceintes. En plus du risque que cela comporte pour la santé de la mère, les carences nutritionnelles peuvent compromettre la croissance et la survie du bébé. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, un bébé sur cinq est né trop petit pour son âge gestationnel ou a un poids de naissance inférieur à celui recommandé. Cette forme de malnutrition est liée à plus de 20 % des décès de nouveau-nés dans ces pays¹⁵.

Après la naissance, le lait maternel constitue le premier vaccin d'un bébé, sa première et meilleure protection contre la maladie. Il est essentiel que les agents de santé prodiguent des conseils nutritionnels adéquats aux mères pendant la grossesse. Ces agents peuvent également fournir aux mères l'aide dont elles ont besoin pour commencer à allaiter juste après l'accouchement et continuer à nourrir leur bébé exclusivement au sein pendant ses six premiers mois.

En revanche, le Malawi, pays à faible revenu, est parvenu à améliorer considérablement l'accès aux services de santé pour les mères et les nouveau-nés, ce qui s'est traduit par un accroissement de la survie de ces derniers. En l'an 2000, seules un peu plus de la moitié des femmes au Malawi accouchaient avec l'aide d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme. Grâce au soutien résolu des décideurs et des partenaires et à l'accent mis sur la création de systèmes de santé communautaires solides, cette proportion est passée à 90 % en 2016¹³. En parallèle, de 2000 à 2016, le taux de mortalité néonatale au Malawi est passé de 41 à 23 pour 1 000, soit une baisse de 44 %¹⁴.

Garantir l'accès ne suffit pas ; le facteur clé est la qualité

Cependant, il ne suffit pas d'améliorer l'accès aux services de santé. La qualité des soins est tout aussi importante. L'un des moyens par lesquels les agents de santé peuvent contribuer à la survie des nouveau-nés est d'encourager l'allaitement maternel très tôt après la naissance. Dans des pays comme le Rwanda et le Népal, où la pratique de l'initiation précoce de l'allaitement maternel s'est considérablement répandue, la mortalité néonatale a effectivement diminué rapidement¹⁶. Et pourtant, dans certains pays, les femmes qui bénéficient du soutien d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme à l'accouchement sont moins susceptibles de commencer à allaiter dans la première heure qui suit l'accouchement que les femmes qui donnent naissance à leur bébé sans l'aide d'un personnel qualifié.

Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, par exemple, le pourcentage d'initiation précoce de l'allaitement au sein pour les nouveau-nés mis au monde avec l'aide d'un accoucheur qualifié est de 45 %, par rapport à 58 % pour

les nouveau-nés assistés par des accoucheurs non qualifiés¹⁷. Ce constat paradoxal s'explique par plusieurs facteurs. Bien souvent, les agents de santé n'ont pas le temps, les connaissances ou les compétences nécessaires pour lutter contre les idées reçues au sujet de l'allaitement maternel ou pour aider les mères qui ont de la difficulté à allaiter. De plus, ils appliquent parfois des procédures qui rendent l'allaitement plus difficile, comme la séparation systématique des nouveau-nés de leur mère immédiatement après la naissance pour les examiner ou les laver, ou bien l'administration au bébé d'un aliment ou d'un liquide autre que le lait maternel. Quoi qu'il en soit, les conséquences sont lourdes : retarder l'allaitement de 2 à 23 heures après la naissance augmente le risque de décès du nouveau-né de plus de 40 %. Le différer de 24 heures ou plus accroît ce risque de près de 80 %¹⁸.

La qualité des soins ne dépend pas seulement du fait que les ressources et services existent bel et bien, mais aussi de leur bon fonctionnement. Les établissements de santé sont-ils propres et alimentés en eau courante et en électricité ? Les agents de santé bénéficient-ils d'une formation, d'une rémunération et d'un encadrement adéquats ? Ont-ils accès à du matériel et des médicaments vitaux fournis en quantité suffisante et en temps opportun ? Les patientes (notamment les mères adolescentes) sont-elles traitées avec dignité et respect ? Trop souvent, les communautés pauvres et marginalisées doivent composer avec des services de santé de mauvaise qualité. Cela a pour conséquence de miner leur confiance à l'égard du système de santé local et d'entraîner une baisse de la demande de services.

La qualité trouve également sa source dans la conviction des agents de santé que la vie de chaque mère et de chaque bébé vaut la peine d'être sauvée, quels que soient leur revenu, leur âge, leur origine ethnique, leur religion et leurs normes sociales ou culturelles. La qualité dépend du fait que les communautés et les familles partagent elles aussi cette opinion et s'attendent à ce que les prestataires de soins de santé fassent tout leur possible pour garder les mères et les bébés en bonne santé.

Si la priorité n'est pas accordée à la qualité des soins, la simple présence d'un établissement de santé ou d'un agent de santé n'est souvent pas une garantie suffisante de survie. Au Pakistan, par exemple, le pourcentage de mères qui accouchent dans un établissement de santé est passé de 21 % à 48 % entre 2001 et 2013, tandis que la proportion de femmes qui donnent naissance à leur bébé avec le soutien d'un accoucheur qualifié a plus que doublé, passant de 23 % à 55 % sur la même période¹⁹. Pourtant, en dépit de ces progrès remarquables, le taux très élevé de mortalité néonatale au Pakistan n'a diminué que de moins d'un quart entre 2000 et 2016, passant de 60 à 46 pour 1 000, notamment en raison d'une urbanisation rapide et de la prolifération de prestataires du secteur privé insuffisamment encadrés.

Perspectives d'avenir

Pour pouvoir donner à chaque nouveau-né une vraie chance de survivre et de s'épanouir, il est nécessaire d'établir une coopération solide entre les gouvernements, les entreprises, les prestataires de soins de santé, les communautés et les familles. Ces acteurs doivent s'unir pour demander et fournir des soins de santé abordables et de qualité à chaque mère et à chaque bébé, à commencer par les plus vulnérables. Pendant la grossesse, l'accouchement, les premiers jours et les premières semaines de la vie, ces soins doivent comprendre l'accès à des établissements de santé propres et fonctionnels, où travaillent des agents de santé qualifiés disposant du matériel et des médicaments élémentaires. Ce qu'il faut, ce sont les **lieux**, le **personnel**, les **produits** et les **moyens** nécessaires pour fournir une couverture sanitaire universelle et tenir les décideurs politiques et les prestataires responsables de la qualité des services.

1 Lieux : des établissements de santé propres et fonctionnels

Les établissements de santé communautaires peuvent être la pierre angulaire d'un système de santé national solide. Pour cela, ils doivent toutefois être accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et accueillir l'ensemble des membres de la communauté. Ils doivent être alimentés en eau potable et en électricité sans interruption et disposer d'installations sanitaires. Leur propreté, leur santé financière et le comportement professionnel de leurs agents de santé doivent en outre faire l'objet d'un contrôle régulier.

Trop souvent, les capacités des établissements de santé et du personnel soignant sont entravées par des facteurs apparemment élémentaires, comme un manque d'eau salubre et un assainissement déficient. Une étude menée dans 54 pays a montré que 35 % des établissements de santé ne disposent pas de savon et d'eau pour le lavage des mains²⁰. En l'absence de conditions minimales d'hygiène, les mères et les bébés

sont exposés au risque de maladies et d'infections. De simples mesures comme l'amélioration de la propreté des toilettes et le bon fonctionnement des postes de lavage des mains encouragent les familles à se rendre dans les établissements de santé et à faire appel à leurs services, tout en les incitant à suivre l'exemple et à modifier leur comportement chez eux²¹.

Alors que les pays s'efforcent de donner à chaque enfant une chance de vivre, ils devraient avoir pour priorité absolue de garantir l'accès sans entrave des mères et des bébés à des établissements de santé propres et fonctionnels, approvisionnés en eau, en savon et en électricité.

2 Personnel : des professionnels de la santé bien formés

Il suffit parfois d'une seule personne bien formée pour garder un nouveau-né en vie. Les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes fournissent toute une palette de soins pendant la grossesse, à l'accouchement et dans la période qui suit. Ceux-ci comprennent notamment les soins prénatals, un apport en micronutriments, l'assistance à l'accouchement, des soins obstétriques d'urgence, la prise en charge et les soins postnatals des nouveau-nés de petite taille et malades, le soutien à l'allaitement exclusivement au sein dès les premières heures de la vie et la vaccination.

Il suffit parfois d'une seule personne bien formée pour garder un nouveau-né en vie.

D'après une étude de l'Organisation mondiale de la Santé, pour atteindre l'objectif de développement durable relatif à la santé et au bien-être, chaque pays devrait disposer de 44,5 médecins, infirmières ou sages-femmes pour 10 000 habitants²². Cependant, dans les 10 pays où les taux de mortalité néonatale sont les plus élevés, il n'existe en moyenne que 11 agents de santé qualifiés pour 10 000 personnes, soit un chiffre bien inférieur au minimum recommandé. La Somalie ne recense qu'un médecin, une infirmière ou une sage-femme pour 10 000 habitants. En revanche, les 10 pays affichant les taux de mortalité néonatale les plus faibles possèdent en moyenne 120 agents de santé qualifiés pour 10 000 personnes, soit bien plus que le minimum recommandé. La Norvège compte ainsi 218 médecins, infirmières ou sages-femmes pour 10 000 habitants. Le Brésil, pays à revenu intermédiaire, en recense 93.

Outre le fait de disposer d'agents de santé qualifiés en nombre suffisant, ces professionnels doivent être formés, rémunérés et encadrés de manière appropriée, comme en témoigne l'exemple de l'allaitement (*voir page 19*).

3 Produits : matériel et médicaments vitaux

Pour fournir des soins de qualité, les agents de santé qualifiés ont besoin de médicaments, de produits et de matériel pour lutter contre les causes les plus courantes de mortalité et de mortalité néonatale. Même si certaines de ces fournitures sont complexes, beaucoup sont en réalité élémentaires. Ainsi, un simple morceau d'étoffe, par exemple, peut servir à envelopper un nouveau-né au contact de sa mère, pour le maintenir au chaud et favoriser l'allaitement maternel. Sans ce bout de tissu, un bébé prématuré pourrait être dépourvu de la chaleur et de l'alimentation nécessaires à son développement dans les premiers jours de la vie. Le bébé et sa mère pourraient alors être contraints de séjourner dans l'établissement de santé plus longtemps que nécessaire, ce qui augmente le risque d'infection. Pourtant, ces fournitures simples font souvent défaut. En travaillant ensemble, les gouvernements et les entreprises peuvent aider à mettre à la disposition de chaque mère et de chaque bébé les 10 produits, médicaments et articles d'équipement vitaux les plus importants (*voir figure 6*).

Figure 6
Les 10 fournitures les plus importantes pour la survie d'un nouveau-né

Insufflateur Ambu, utilisé pour la réanimation manuelle des nouveau-nés qui ne respirent pas à la naissance
Antibiotiques pour soigner les mères et les nouveau-nés atteints d'infections
Couvertures et linges pour garder le bébé au chaud et maintenir le contact peau contre peau avec la mère, notamment pendant l'allaitement
Chlorhexidine, un antiseptique à large spectre utilisé pour prévenir une infection du cordon ombilical susceptible d'entraîner une septicémie
Machine de ventilation en pression positive continue (CPAP) pour les bébés prématurés qui ont des difficultés à respirer étant donné que leurs poumons sont sous-développés
Concentrateur d'oxygène, utilisé pour faciliter la respiration des bébés qui présentent un très faible poids à la naissance
Appareil de photothérapie pour réduire la jaunisse chez les nouveau-nés
Suppléments de micronutriments, en particulier de fer et d'acide folique, pour prévenir l'anémie ferriprive chez les femmes enceintes et réduire le risque d'insuffisance pondérale et de complications à la naissance
Vaccin antitétanique pour prévenir l'infection par le tétanos, pouvant résulter de mauvaises conditions d'hygiène à l'accouchement
Thermomètre, pour surveiller de près la température des nouveau-nés malades

4 Moyens : dignité, respect et responsabilité

Donner aux femmes et aux filles les moyens de prendre les meilleures décisions pour elles-mêmes et leur famille et les traiter avec dignité et respect pendant la grossesse, à l'accouchement et dans la période qui suit sont des composantes essentielles de soins de qualité. En effet, il existe un lien étroit entre la mortalité néonatale et l'autonomisation des filles et des femmes. Dans les pays où le taux de mortalité néonatale est le plus élevé, les femmes présentent souvent un faible niveau d'instruction, de participation aux processus décisionnels et d'autonomisation économique par rapport aux hommes. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables : leurs bébés sont généralement de plus petite taille et risquent beaucoup plus que les autres de ne pas surmonter la période néonatale²³.

Il existe un éventail de stratégies et d'interventions susceptibles de contribuer à l'autonomisation des adolescentes, des mères et des familles, leur donnant les moyens d'exiger et de recevoir des soins de qualité. Ces mesures portent notamment sur l'éducation en matière de santé sexuelle et procréative, les transferts monétaires pour promouvoir l'accès aux services de santé et de nutrition, les démarches visant à recueillir l'opinion des filles et des femmes sur les services de santé et de nutrition qu'elles reçoivent et les politiques juridiques en matière de congé familial après la naissance d'un enfant.





Pour chaque enfant, une chance de vivre

Lorsque l'on emploie le froid langage des statistiques, avec son lot de taux, de moyennes, de pourcentages et d'indicateurs, il est facile d'oublier que l'on évoque la vie et la mort de bébés en chair et en os, de bébés dignes de survivre, de s'épanouir en bonne santé et de contribuer à leur société. Le présent rapport met en avant le fait que des millions de nouveau-nés n'ont malheureusement pas cette chance et décèdent précocement de causes qui peuvent presque toujours être évitées.

Les gouvernements doivent sans délai accorder la priorité aux interventions destinées à renforcer les quatre composantes décrites dans le présent rapport (lieu, personnel, produits, moyens), afin de progresser vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle, dans un monde où plus aucun nouveau-né ne meurt d'une cause pouvant être évitée.

KIRGHIZISTAN

Le **Dr Baktygul** contemple Jiydegul avec son nouveau-né, Nurdan. Après deux jours à l'hôpital, la mère et le fils seront prêts à rentrer chez eux.

Voici le récit du Dr Baktygul tel que relaté au personnel de l'UNICEF : « Nous étions prêts pour l'accouchement, car aujourd'hui, dans cet hôpital, les conditions sont vraiment bonnes. Nous avons été formés et nous disposons d'eau courante. Nous avons de nouvelles fenêtres et des radiateurs électriques pour chauffer la salle d'accouchement. Nous devons toujours nous tenir prêts, en toutes circonstances. Nous sommes responsables de deux vies : celle de la mère et celle de l'enfant. »



Notes de fin

- 1 La « période néonatale » comprend les 28 premiers jours de la vie. Le présent rapport assimile la période néonatale à un mois.
- 2 Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, « Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017 », Estimations réalisées par le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2017.
- 3 Dans le corps du présent rapport, les chiffres du taux de mortalité néonatale (TMN) sont arrondis aux valeurs entières par souci de concision et pour faciliter la lecture. Les chiffres non arrondis sont utilisés dans les tableaux et pour déterminer les positions des pays dans les classements nationaux. Ceci est dû au fait que, pour un certain nombre de pays à faible mortalité, les valeurs arrondies du TMN sont équivalentes (ainsi, le Japon, l'Islande et Singapour présentent tous trois un TMN arrondi de 1), malgré de légères divergences dans les valeurs non arrondies de ce taux (0,9 pour le Japon, 1 pour l'Islande, 1,1 pour Singapour).
- 4 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée – Rapport de situation 2014*, UNICEF, New York, septembre 2014.
- 5 Organisation mondiale de la Santé, document disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/fr>, consulté le 23 janvier 2018.
- 6 Lawn, Joy E et al., « Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030 », *The Lancet*, volume 387, numéro 10018, 587 – 603, disponible à l'adresse suivante : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- 7 World Health Organization and United Nations Children's Fund, *Reaching the Every Newborn National 2020 Milestones*, WHO 2017, p.5
- 8 Les États fragiles sont ceux qui figurent sur la liste annuelle harmonisée des situations fragiles de la Banque mondiale. Les critères d'inscription sur la liste sont les suivants : un indice moyen harmonisé d'évaluation des politiques et institutions nationales égal ou inférieur à 3,2, l'existence d'une opération de maintien de la paix des Nations Unies et/ou régionale ou d'une mission politique et de consolidation de la paix des Nations Unies et/ou régionale. La liste complète est disponible à l'adresse <<http://pubdocs.worldbank.org/en/189701503418416651/FY18FCSLIST-Final-July-2017.pdf>>, consultée le 6 septembre 2017.
- 9 Makaka, Andrew, Sarah Breen et Agnes Binagwaho, « Universal health coverage in Rwanda: a report of innovations to increase enrolment in community-based health insurance », *The Lancet*, vol. 380, numéro spécial, S1–S22, 21 octobre 2012.
- 10 Ministère de la Santé, République du Rwanda, *Rwanda Community Based Health Insurance Policy*, avril 2010, p.5, disponible à l'adresse suivante : http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/Mutual_policy_document_final1.pdf
- 11 Ministère de la Santé, République du Rwanda, *Rwanda Hospital Accreditation Standards*, octobre 2014, p.5, disponible à l'adresse suivante : http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Clinical/RWANDA_HOSPITAL_ACCREDITATION_STANDARDS-SIGNED-1.pdf
- 12 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée – Rapport de situation 2014*, UNICEF, New York, septembre 2014.
- 13 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, bases de données mondiales de l'UNICEF, *Maternal Newborn and Child Health*, Division des données, de la recherche et des politiques, New York, janvier 2018.
- 14 Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, *Levels and Trends in Child Mortality Report 2017*, p. 27.
- 15 Lee, A.C, et al, *Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle income countries with INTERGROWTH-21st standard: Analysis of CHERG assets*, *BMJ*, 2017, 358, p. j3677
- 16 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, bases de données mondiales de l'UNICEF, *Infant and Young Child Feeding: Early initiation of breastfeeding, Ever Breastfed*, Division des données, de la recherche et des politiques, New York, janvier 2018.
- 17 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Dès la première heure de vie : plaidoyer pour améliorer l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants partout dans le monde*, UNICEF, New York, octobre 2016, p. 38.
- 18 NEOVITA Study Group, « Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials », *The Lancet Global Health*, vol. 4, pp. e266–275, avril 2016.
- 19 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, bases de données mondiales de l'UNICEF, *Maternal Newborn and Child Health*, Division des données, de la recherche et des politiques, New York, janvier 2018.
- 20 Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire*, disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-hcf-10things.pdf, consulté le 24 janvier 2018.
- 21 OMS et UNICEF, document disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-hcf-10things.pdf>, consulté le 24 janvier 2018.
- 22 Organisation mondiale de la Santé, « Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals », *Human Resources for Health Observer*, n°17, Genève, 2016, p.21, disponible à l'adresse suivante : <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250330/1/9789241511407-eng.pdf?ua=1>>, consulté le 24 janvier 2018. L'indice de 4,45 médecins, infirmières et sages-femmes [pour 1 000 habitants] établi conformément aux ODD « peut étayer l'élaboration d'estimations globales, d'analyses agrégées et de comparaisons entre pays. Il ne devrait toutefois pas servir de référence pour la planification au niveau national, car il ne tient pas compte de l'hétérogénéité des pays en termes de conditions de départ, de besoins du système de santé, de composition optimale du personnel et de profil de compétences. Il est important que l'utilisation de l'indice des ODD n'entraîne pas une concentration exclusive de l'attention sur les médecins et les infirmières/sages-femmes en négligeant les investissements » dans d'autres métiers de la santé essentiels à la réalisation des ODD et de la couverture sanitaire universelle. L'OMS recommande que « chaque pays tienne compte de son épidémiologie, de sa démographie, de ses finances et de la structure de son système de santé, ainsi que des effectifs, de la répartition et de l'éventail des compétences de ses agents sanitaires, dans la planification du personnel dont il aura besoin pour atteindre les ODD d'ici à 2030 ».
- 23 OMS, *Adolescent pregnancy*, aide-mémoire mis à jour en janvier 2018, disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>



Annexe : Taux de mortalité néonatale et classement des pays par catégorie de revenu

Faible revenu

Pays ou territoire	Classement par taux de mortalité néonatale d'après la valeur médiane (du plus élevé au plus faible)	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)	Pays ou territoire	Classement par taux de mortalité néonatale d'après la valeur médiane (du plus élevé au plus faible)	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)
République centrafricaine	1	42,3 [25,7 ; 68,6]	Burkina Faso	17	25,6 [18,7 ; 34,8]
Afghanistan	2	40,0 [31,6 ; 48,9]	Guinée	18	25,1 [19,0 ; 33,2]
Somalie	3	38,8 [19,0 ; 80,0]	Haïti	19	24,6 [17,2 ; 34,9]
Guinée-Bissau	4	38,2 [25,8 ; 55,2]	Burundi	20	24,2 [18,3 ; 31,9]
Soudan du Sud	5	37,9 [20,5 ; 67,3]	Malawi	21	23,1 [17,6 ; 30,3]
Mali	6	35,7 [20,1 ; 60,7]	Zimbabwe	22	22,9 [17,3 ; 29,8]
Tchad	7	35,1 [27,4 ; 44,3]	Libéria	23	22,8 [15,4 ; 33,6]
Sierra Leone	8	33,2 [24,2 ; 44,0]	République-Unie de Tanzanie	24	21,7 [17,2 ; 27,6]
Comores	9	32,8 [13,8 ; 71,5]	Ouganda	25	21,4 [17,2 ; 26,5]
Bénin	10	31,4 [23,2 ; 43,5]	Népal	26	21,1 [17,4 ; 25,6]
République démocratique du Congo	11	28,8 [19,5 ; 41,5]	Sénégal	27	20,6 [15,9 ; 26,7]
Éthiopie	12	27,6 [21,7 ; 35,2]	Madagascar	28	18,6 [12,3 ; 27,4]
Gambie	13	27,5 [13,8 ; 50,2]	Érythrée	29	17,7 [10,8 ; 29,2]
Mozambique	14	27,1 [19,6 ; 37,9]	Rwanda	30	16,5 [10,4 ; 26,4]
Togo	15	26,0 [19,6 ; 33,6]	République populaire démocratique de Corée	31	10,7 [6,5 ; 15,9]
Niger	16	25,7 [17,5 ; 36,9]			

Remarque : Les chiffres entre crochets représentent les fourchettes inférieure et supérieure d'incertitude, à savoir les marges d'incertitude associées à 90 % du taux de mortalité néonatale. Les tableaux excluent les pays ayant recensé moins de 1 000 naissances vivantes en 2016 ou une population totale de moins de 90 000 habitants. Cette classification des revenus correspond à celle de la Banque mondiale pour 2017. Pour de plus amples détails, voir <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, consulté en janvier 2018. Les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile ont été produites à l'issue des consultations annuelles menées avec les États Membres. Elles peuvent différer des statistiques officielles car les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile sont standardisées sur la base de toutes les sources de données du pays disponibles en juillet 2017 et extrapolées à 2016.

Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2017.

Revenu intermédiaire (tranche inférieure)

Pays ou territoire	Classement par taux de mortalité néonatale d'après la valeur médiane (du plus élevé au plus faible)	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)
Pakistan	1	45,6 [33,9 ; 61,5]
Lesotho	2	38,5 [25,5 ; 55,6]
Côte d'Ivoire	3	36,6 [26,3 ; 50,3]
Nigéria	4	34,1 [24,7 ; 46,3]
Mauritanie	5	33,7 [17,2 ; 64,4]
Djibouti	6	32,8 [20,7 ; 50,0]
Soudan	7	29,4 [23,0 ; 37,5]
Angola	8	29,3 [14,5 ; 54,1]
République démocratique populaire lao	9	28,7 [19,6 ; 40,8]
Ghana	10	26,9 [20,2 ; 35,8]
Yémen	11	26,8 [19,0 ; 37,5]
Inde	12	25,4 [22,6 ; 28,4]
Myanmar	13	24,5 [18,0 ; 32,2]
Cameroun	14	23,9 [17,3 ; 32,6]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	15	23,5 [13,3 ; 42,0]
Zambie	16	22,9 [16,2 ; 31,5]
Kenya	17	22,6 [17,8 ; 28,6]
Kiribati	17	22,6 [12,3 ; 38,3]
Timor-Leste	19	21,6 [13,4 ; 34,1]
Swaziland	20	21,4 [13,6 ; 33,2]
Congo	21	20,5 [14,3 ; 28,7]
Bangladesh	22	20,1 [17,7 ; 22,5]
Tadjikistan	23	19,9 [11,3 ; 35,9]
Bolivie (État plurinational de)	24	19,0 [13,0 ; 27,9]
Bhoutan	25	18,1 [12,0 ; 26,7]
Maroc	26	17,8 [12,7 ; 24,8]

Pays ou territoire	Classement par taux de mortalité néonatale d'après la valeur médiane (du plus élevé au plus faible)	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)
Micronésie (États fédérés de)	27	17,2 [6,7 ; 41,4]
Cambodge	28	16,2 [9,9 ; 26,2]
Sao Tomé-et-Principe	29	15,0 [9,4 ; 24,7]
Guatemala	30	14,0 [11,2 ; 17,5]
Ouzbékistan	31	13,8 [10,1 ; 18,0]
Indonésie	32	13,7 [10,7 ; 17,5]
Égypte	33	12,8 [9,8 ; 16,7]
Philippines	34	12,6 [9,0 ; 17,6]
République de Moldova	35	11,9 [8,3 ; 17,6]
Vanuatu	36	11,8 [6,9 ; 19,4]
Kirghizistan	37	11,6 [9,9 ; 13,5]
Viet Nam	38	11,5 [8,9 ; 14,6]
État de Palestine	39	10,8 [7,5 ; 15,7]
Jordanie	40	10,6 [7,3 ; 15,2]
Honduras	41	10,4 [7,4 ; 14,5]
Iles Salomon	41	10,4 [7,5 ; 14,4]
Cabo Verde (République de)	43	10,2 [7,6 ; 13,8]
Mongolie	44	9,7 [6,3 ; 14,5]
République arabe syrienne	45	8,9 [6,5 ; 12,8]
Nicaragua	46	8,8 [5,3 ; 14,5]
Tunisie	47	8,1 [5,6 ; 11,7]
El Salvador	48	7,5 [5,0 ; 11,4]
Arménie	49	7,4 [5,2 ; 10,4]
Géorgie	50	7,1 [6,2 ; 8,3]
Ukraine	51	5,4 [3,5 ; 7,0]
Sri Lanka	52	5,3 [4,6 ; 6,2]

Remarque : Les chiffres entre crochets représentent les fourchettes inférieure et supérieure d'incertitude, à savoir les marges d'incertitude associées à 90 % du taux de mortalité néonatale. Les tableaux excluent les pays ayant recensé moins de 1 000 naissances vivantes en 2016 ou une population totale de moins de 90 000 habitants. Cette classification des revenus correspond à celle de la Banque mondiale pour 2017. Pour de plus amples détails, voir <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, consulté en janvier 2018. Les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile ont été produites à l'issue des consultations annuelles menées avec les États Membres. Elles peuvent différer des statistiques officielles car les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile sont standardisées sur la base de toutes les sources de données du pays disponibles en juillet 2017 et extrapolées à 2016.

Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2017.

Revenu intermédiaire (tranche supérieure)

Pays ou territoire	Classement par taux de mortalité néonatale d'après la valeur médiane (du plus élevé au plus faible)	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)	Pays ou territoire	Classement par taux de mortalité néonatale d'après la valeur médiane (du plus élevé au plus faible)	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)
Guinée équatoriale	1	32,0 [18,6 ; 51,4]	Ex-République yougoslave de Macédoine	26	8,3 [6,1 ; 13,3]
Botswana	2	25,5 [11,3 ; 48,4]	Grenade	26	8,3 [6,4 ; 10,5]
Turkménistan	3	22,3 [9,3 ; 49,9]	Mexique	28	7,8 [7,2 ; 8,4]
Gabon	4	21,8 [14,0 ; 33,2]	Pérou	30	7,5 [5,7 ; 10,0]
République dominicaine	5	20,8 [15,5 ; 27,9]	Thaïlande	31	7,3 [3,9 ; 12,6]
Guyana	6	20,0 [13,2 ; 30,5]	Libye	32	7,1 [4,7 ; 10,5]
Iraq	7	18,2 [13,2 ; 25,1]	Tonga	33	6,8 [3,7 ; 11,7]
Azerbaïdjan	8	18,1 [10,7 ; 31,0]	Turquie	34	6,5 [6,1 ; 7,0]
Namibie	9	17,8 [12,0 ; 26,5]	Albanie	35	6,2 [3,0 ; 12,5]
Algérie	10	15,6 [13,5 ; 18,3]	Argentine	35	6,2 [5,8 ; 6,7]
Afrique du Sud	11	12,4 [9,9 ; 15,2]	Kazakhstan	37	5,9 [4,7 ; 7,3]
Équateur	12	11,2 [6,6 ; 19,1]	Costa Rica	38	5,7 [3,5 ; 7,8]
Paraguay	13	11,1 [6,7 ; 18,4]	Chine	39	5,1 [4,3 ; 6,0]
Jamaïque	14	10,9 [6,4 ; 18,3]	Maldives	40	4,8 [3,4 ; 6,4]
Suriname	15	10,6 [4,6 ; 23,5]	Bosnie-Herzégovine	41	4,7 [4,2 ; 5,2]
Belize	16	10,3 [9,0 ; 11,8]	Liban	41	4,7 [2,2 ; 8,8]
Saint-Vincent-et-les Grenadines	16	10,3 [8,0 ; 13,0]	Malaisie	43	4,4 [3,9 ; 4,9]
Venezuela (République bolivarienne du)	16	10,3 [8,8 ; 11,9]	Roumanie	44	4,3 [3,8 ; 4,9]
Iran (République islamique d')	19	9,6 [6,3 ; 14,4]	Bulgarie	45	3,8 [3,5 ; 4,2]
Panama	19	9,6 [5,2 ; 16,8]	Serbie	46	3,7 [3,3 ; 4,2]
Sainte-Lucie	21	9,2 [7,3 ; 11,7]	Fédération de Russie	47	3,4 [2,5 ; 4,5]
Samoa	21	9,2 [5,2 ; 14,6]	Croatie	48	2,9 [2,6 ; 3,3]
Fidji	23	8,8 [6,6 ; 11,7]	Cuba	49	2,4 [2,2 ; 2,6]
Colombie	24	8,5 [6,4 ; 11,1]	Monténégro	49	2,4 [2,0 ; 2,9]
Maurice	25	8,4 [7,4 ; 9,5]	Bélarus	51	1,5 [1,2 ; 1,8]

Remarque : Les chiffres entre crochets représentent les fourchettes inférieure et supérieure d'incertitude, à savoir les marges d'incertitude associées à 90 % du taux de mortalité néonatale. Les tableaux excluent les pays ayant recensé moins de 1 000 naissances vivantes en 2016 ou une population totale de moins de 90 000 habitants. Cette classification des revenus correspond à celle de la Banque mondiale pour 2017. Pour de plus amples détails, voir <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, consulté en janvier 2018. Les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile ont été produites à l'issue des consultations annuelles menées avec les États Membres. Elles peuvent différer des statistiques officielles car les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile sont standardisées sur la base de toutes les sources de données du pays disponibles en juillet 2017 et extrapolées à 2016.

Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2017.

Revenu élevé

Pays ou territoire	Classement par taux de mortalité néonatale d'après la valeur médiane (du plus élevé au plus faible)	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)
Trinité-et-Tobago	1	12,6 [5,8 ; 29,4]
Seychelles	2	9,0 [6,7 ; 11,9]
Barbade	3	7,9 [5,9 ; 10,3]
Arabie saoudite	4	6,9 [3,4 ; 14,4]
Bahamas	5	5,8 [4,3 ; 7,5]
Chili	6	5,4 [4,9 ; 5,9]
Oman	7	5,2 [3,4 ; 6,6]
Uruguay	8	5,0 [4,6 ; 5,5]
Malte	9	4,6 [3,8 ; 5,5]
Brunei Darussalam	10	4,4 [3,7 ; 5,1]
Koweït	10	4,4 [3,9 ; 5,1]
Qatar	12	4,1 [3,4 ; 4,8]
Émirats arabes unis	13	4,0 [2,7 ; 5,7]
Antigua-et-Barbuda	14	3,8 [2,5 ; 5,6]
États-Unis d'Amérique	15	3,7 [3,4 ; 4,0]
Canada	16	3,2 [2,7 ; 3,9]
Danemark	16	3,2 [2,7 ; 3,8]
Bahreïn	18	3,1 [2,5 ; 3,7]
Nouvelle-Zélande	19	3,0 [2,6 ; 3,6]
Slovaquie	19	3,0 [2,7 ; 3,3]
Suisse	21	2,9 [2,7 ; 3,2]
Hongrie	22	2,8 [2,3 ; 3,4]
Pologne	22	2,8 [2,7 ; 3,0]
Royaume-Uni	24	2,6 [2,1 ; 3,1]
Lituanie	25	2,5 [2,1 ; 2,9]

Pays ou territoire	Classement par taux de mortalité néonatale d'après la valeur médiane (du plus élevé au plus faible)	Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes)
Pays-Bas	25	2,5 [2,3 ; 2,7]
France	27	2,4 [2,1 ; 2,7]
Lettonie	27	2,4 [2,0 ; 2,8]
Allemagne	29	2,3 [2,2 ; 2,5]
Grèce	29	2,3 [1,9 ; 2,8]
Australie	31	2,2 [2,0 ; 2,4]
Autriche	31	2,2 [1,9 ; 2,4]
Belgique	31	2,2 [1,9 ; 2,5]
Irlande	31	2,2 [1,9 ; 2,7]
Portugal	35	2,1 [1,5 ; 2,9]
Espagne	36	2,0 [1,7 ; 2,4]
Israël	36	2,0 [1,7 ; 2,2]
Italie	36	2,0 [1,8 ; 2,3]
République tchèque	39	1,6 [1,4 ; 1,8]
Suède	39	1,6 [1,4 ; 1,7]
Luxembourg	41	1,5 [1,1 ; 2,0]
Norvège	41	1,5 [1,3 ; 1,8]
République de Corée	41	1,5 [1,4 ; 1,7]
Chypre	44	1,4 [1,1 ; 1,9]
Estonie	45	1,3 [1,1 ; 1,6]
Slovénie	45	1,3 [1,1 ; 1,6]
Finlande	47	1,2 [0,9 ; 1,4]
Singapour	48	1,1 [1,0 ; 1,3]
Islande	49	1,0 [0,7 ; 1,4]
Japon	50	0,9 [0,8 ; 1,0]

Remarque : Les chiffres entre crochets représentent les fourchettes inférieure et supérieure d'incertitude, à savoir les marges d'incertitude associées à 90 % du taux de mortalité néonatale. Les tableaux excluent les pays ayant recensé moins de 1 000 naissances vivantes en 2016 ou une population totale de moins de 90 000 habitants. Cette classification des revenus correspond à celle de la Banque mondiale pour 2017. Pour de plus amples détails, voir <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, consulté en janvier 2018. Les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile ont été produites à l'issue des consultations annuelles menées avec les États Membres. Elles peuvent différer des statistiques officielles car les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile sont standardisées sur la base de toutes les sources de données du pays disponibles en juillet 2017 et extrapolées à 2016.

Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2017.

Pour chaque enfant
Qui que ce soit.
Où qu'il habite.
Chaque enfant mérite une enfance.
Un avenir.
Une vraie chance.
C'est pour cela que l'UNICEF est là.
Pour chaque enfant du monde entier.
Jour après jour.
Dans 190 pays et territoires.
Atteignant les enfants les plus difficiles à atteindre.
Les plus éloignés d'une main secourable.
Les plus exclus.
C'est pour cela que nous restons jusqu'au bout.
Et n'abandonnons jamais.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2018

Une permission est nécessaire pour reproduire une partie de cette publication. L'autorisation sera accordée gratuitement aux organisations éducatives ou à but non lucratif.

Veuillez contacter :
Collecte de fonds et partenariats privés,
UNICEF, Palais des Nations,
1211 Genève 10, Suisse



pour chaque enfant