

La situation des mères dans le monde 2014

Sauver les mères et les enfants en situations de crise humanitaire



Table des matières

- 3 Introduction
- 5 Résumé d'orientation : principales constatations et recommandations
- 12 Sauver les mères et les enfants en situations de crise humanitaire
- 29 Les catastrophes naturelles récurrentes mettent à dure épreuve
la résilience des Philippines
- 39 L'urgence au quotidien en République démocratique du Congo
- 51 Des mères et des enfants syriens dévastés par le conflit
- 63 Agir pour les mères et les enfants en situation de crise
- 70 *L'Indice des mères* fête son 15^e anniversaire
- 89 Notes relatives à la méthodologie et aux recherches
- 93 Notes

—
Les noms de certains enfants et mères ont
été modifiés pour protéger leur identité.

Photo de couverture

Des milliers de Congolais fuient leur ville du Nord-Kivu après de nouveaux combats dans l'est de la République démocratique du Congo en 2012.

Photo : Phil Moore

Publié par
Save the Children
54 Wilton Road
Westport, CT 06880
États-Unis
(800) 728-3943
www.savethechildren.org

© 2014 Save the Children Federation, Inc.
ISBN 1-888393-28-9

La situation des mères dans le monde 2014 a été
publié avec le généreux soutien de la Bill &
Melinda Gates Foundation

BILL & MELINDA
GATES foundation



Sauver les mères et les enfants en situations de crise humanitaire

Le 15^e rapport annuel de Save the Children *La situation des mères dans le monde* se concentre sur les millions de mères et d'enfants qui vivent au sein de communautés touchées par des conflits, des conditions de fragilité et des catastrophes naturelles, et sur leur lutte quotidienne pour survivre.

Plus de 60 millions de femmes et d'enfants ont besoin de secours humanitaires cette année. Plus de la moitié des décès maternels et infantiles du monde entier ont lieu dans des lieux en proie à des crises ; pourtant, la majorité de ces décès sont évitables. Dans ce rapport, Save the Children examine les causes des décès maternels et infantiles dans les contextes de crise et suggère des actions urgentes requises pour aider les mères qui élèvent les générations futures du monde dans des conditions figurant parmi les plus difficiles et horribles que l'on puisse imaginer.

Depuis 2000, l'*Indice des mères* annuel de Save the Children est devenu un outil fiable de portée internationale permettant d'indiquer les lieux où les mères et les enfants vivent dans les meilleures conditions, et ceux où ils se heurtent aux plus grandes difficultés, en utilisant les plus récentes données en matière de santé, d'éducation, de situation économique et de participation des femmes à la vie politique. Face aux tendances observées jusqu'ici depuis le début du XXI^e siècle, nous constatons que les conflits armés, l'instabilité politique et les catastrophes naturelles ont joué un rôle majeur dans l'amoindrissement du bien-être des mères et des enfants dans les pays les plus pauvres du monde. Nous constatons par ailleurs qu'il est possible de faire des progrès, même dans des pays en proie à des crises humanitaires dévastatrices.

Cela fait plus de 90 ans que Save the Children se trouve en première ligne des situations d'urgence du monde entier, fournissant aliments, soins de santé vitaux et protection aux mères et aux enfants les plus vulnérables. L'objectif de ce rapport est d'aller plus loin dans l'accomplissement de cette mission en braquant le projecteur sur les besoins à satisfaire, les solutions efficaces et les changements qu'il est recommandé d'apporter aux politiques publiques.

Réfugiés syriens
en Jordanie





Introduction

Le travail d'une mère peut être le plus ardu du monde : longues journées de travail, exigences constantes et aucun jour de repos. Mais pour les femmes qui vivent dans des endroits touchés par des conflits et des catastrophes naturelles, les difficultés auxquelles elles se heurtent en tant que mères sont encore plus grandes – et les enjeux bien plus considérables.

Le 15^e rapport annuel de Save the Children *La situation des mères dans le monde* arrive à un moment charnière de l'histoire, un moment où les crises humanitaires en cours ont braqué le projecteur comme jamais auparavant sur les besoins des mères et des enfants qui luttent pour survivre.

Pour la première fois, il y a une possibilité réaliste de mettre fin aux décès infantiles évitables en une génération. Mais le monde dans son ensemble n'est toujours pas sur la bonne voie pour atteindre le quatrième Objectif du Millénaire pour le développement d'une réduction des deux tiers de la mortalité infantile d'ici à 2015. La majorité des décès infantiles évitables se concentrent de plus en plus dans certaines parties du monde, pour la plupart des États fragiles et en situation de conflit.

N'importe quelle mère, où qu'elle se trouve – y compris moi – ferait n'importe quoi pour protéger les enfants. Dès le premier souffle de nos bébés, nous faisons la promesse de les protéger de tous les dangers – nous leur disons qu'ils peuvent compter sur nous. Et lorsqu'advient une catastrophe, il est plus difficile et plus important que jamais de tenir cette promesse. Les recherches que nous avons menées en 2014 montrent à quel point le lien mère-enfant est crucial – et difficile à maintenir – durant une crise humanitaire, alors même que les familles voient leur vie sombrer dans le chaos.

Il n'est guère étonnant que les 10 endroits les plus difficiles pour être mère selon l'*Indice des mères* de cette année aient tous des antécédents récents de conflits armés et soient considérés comme étant des États fragiles. Six des 10 derniers pays du classement subissent des catastrophes naturelles récurrentes. Et, comme toujours, ce sont les mères les plus pauvres qui souffrent le plus : ce rapport fait encore une fois ressortir la disparité décourageante entre les mères des pays riches et celles des pays pauvres.

Dans les lieux en situation de crise humanitaire, la vaste majorité des décès infantiles sont causés par le délabrement des infrastructures, ou par le manque de services de santé de base ou d'un agent sanitaire qualifié à la naissance. Les moyens de subsistance sont perturbés, si ce n'est complètement détruits, et il peut sembler impossible



aux mères de subvenir aux besoins alimentaires de leurs familles et de les soutenir. Elles et leurs enfants deviennent également plus vulnérables face aux risques d'exploitation, d'abus sexuel et de danger physique. Ainsi, la tragédie de la crise elle-même est aggravée par la peur et l'incertitude, ce qui donne aux mères un sentiment d'impuissance.

Heureusement, les mères ne sont pas seules. Dans le cadre de notre campagne mondiale pour sauver des vies d'enfants, TOUS ET CHACUN, Save the Children demande des changements politiques et de politiques publiques qui permettront de lutter contre les causes de la mortalité infantile. Nous mettons par ailleurs en œuvre des programmes aux quatre coins du monde qui confèrent un accès aux services de santé maternelle et infantile, recrutent et équipent des agents sanitaires qualifiés, protègent les femmes des violations des droits humains et suppriment les barrières financières qui entravent l'accès aux soins de santé.

L'an dernier, Save the Children est intervenue dans 119 crises humanitaires réparties dans 48 pays. Depuis notre création en 1919 pour aider les enfants d'une Europe déchirée par la guerre après la Première Guerre mondiale, nous n'avons eu de cesse de protéger le bien-être et l'avenir des enfants du monde entier.

Dans le cadre de mes déplacements, j'ai eu l'occasion de rencontrer des femmes qui se remettaient de la dévastation causée par des conflits en cours, des mères qui tentaient de faire d'un camp de réfugiés un endroit ressemblant à un foyer, des mères qui avaient fui la violence avec leurs enfants sur le dos. Malgré les horreurs du passé, chacune des femmes que je rencontre se concentre sur l'avenir et sur les moyens de faire en sorte qu'il soit plus prometteur pour ses enfants.

Tout comme les enfants dépendent de leur mère pour leur sécurité, les mères dépendent aujourd'hui de nous pour construire un monde meilleur et plus sûr pour leur famille. Nous devons promettre d'être aux côtés des mères pour les aider – même, et surtout, dans les situations difficiles.

JASMINE WHITBREAD

Directrice générale de Save the Children International



Nigéria

Résumé d'orientation : principales constatations et recommandations

Tous les jours, d'après les estimations, 800 mères et 18 000 jeunes enfants meurent de causes largement évitables. Plus de la moitié de ces décès de mères et d'enfants de moins de cinq ans se produisent dans des contextes de fragilité¹, qui présentent un fort risque de conflit et sont tout particulièrement vulnérables face aux effets des catastrophes naturelles².

L'urgence de mener à bien la tâche encore inachevée consistant à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement et à mettre fin aux décès infantiles et maternels évitables est de plus en plus intense dans ces contextes-là. Pour relever ce défi, il est essentiel de trouver des moyens de satisfaire les besoins des mères et des enfants en matière de santé et de nutrition dans les États fragiles et les contextes de crise humanitaire.

Dans le 15^e rapport annuel de Save the Children *La situation des mères dans le monde*, nous examinons l'impact des crises humanitaires sur la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants dans les pays qui sont classés parmi les lieux les plus difficiles pour être mère.

Depuis le lancement de l'*Indice des mères* en 2000, la majorité des pays qui se sont classés parmi les 10 derniers ont été des États fragiles en situation d'urgence humanitaire ou émergeant d'une situation d'urgence récente. Sur les 28 pays qui ont figuré à un moment ou à un autre parmi les 10 derniers pays, 27 sont des États actuellement fragiles ou qui l'ont été, tous sauf quatre ont des antécédents récents de conflits armés et près des deux tiers (18 sur 28) se caractérisent par des catastrophes naturelles persistantes. En plus des situations d'urgence, le secteur de la santé de nombre de ces pays est en situation de crise constante, du fait de défis chroniques, y compris l'accès limité à des soins de santé de qualité.

La plupart des pays actuellement et précédemment classés parmi les 10 derniers sont parmi les plus pauvres du monde, et les crises récentes n'ont fait qu'exacerber les problèmes déjà présents depuis des dizaines d'années. L'échec à satisfaire les besoins humains fondamentaux a constitué à la fois une cause et une conséquence des conflits dans des pays comme la République centrafricaine, la Somalie et le Soudan. Et les familles les plus durement touchées lors de toute catastrophe – qu'elle soit « naturelle » ou causée par l'homme – sont généralement les plus pauvres parmi les pauvres, surtout les femmes et les enfants.

La violence et les conflits ont déraciné plus de familles qu'à n'importe quel autre moment de l'histoire³. Fin 2012, on comptait, à l'échelle mondiale, plus

Les mères et les enfants en situation de crise : statistiques démographiques

Plus de 250 millions d'enfants de moins de cinq ans vivent dans des pays touchés par des conflits armés⁸.

Ce sont les personnes les plus pauvres qui souffrent le plus lors des catastrophes naturelles – 95 pour cent des morts lors de catastrophes se produisent dans des pays en développement⁹.

56 pour cent des décès maternels et infantiles ont lieu dans des contextes de fragilité¹⁰.

À l'échelle mondiale, les femmes et les enfants ont jusqu'à 14 fois plus de chances que les hommes de mourir lors d'une catastrophe¹¹.

En moyenne, une situation de réfugiés dure 17 ans¹².

Pour chaque personne tuée directement par des actes de violence armée, entre 3 et 15 meurent indirectement des suites de maladies, de complications médicales et de malnutrition^{13,14}.

En moyenne, les pays en situation de conflit ont moins de la moitié du nombre minimum d'agents sanitaires recommandé¹⁵.

Plus de 80 pour cent des pays affichant une forte mortalité peu susceptibles d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en matière de survie des mères et des enfants ont été récemment touchés par un conflit ou des catastrophes récurrentes, ou les deux¹⁶.

de 45 millions de personnes qui avaient été déplacées par la force par des conflits ou la persécution⁴. Par ailleurs, les catastrophes naturelles, qui peuvent être tout particulièrement meurtrières au sein des communautés les plus pauvres du monde, ont entraîné le déplacement de plus de 32 millions de personnes en 2012⁵.

Sur les plus de 80 millions de personnes qui auront, selon les projections, besoin d'une aide humanitaire en 2014, la majorité sont profondément pauvres et plus des trois quarts sont des femmes et des enfants^{6,7}.

Lors des situations de crise qui surviennent dans des contextes de fragilité, ce sont les mères et les enfants qui sont confrontés aux risques les plus importants de mort et au chemin le plus ardu pour se relever. Ces pays et territoires (dont le nombre dépasse 50) n'ont pas la résilience nécessaire face aux situations d'urgence et se heurtent à des défis sous-jacents, y compris la pauvreté extrême, des infrastructures faibles et une gouvernance insuffisante. Dans ces contextes, les enfants et les femmes sont confrontés à une situation d'urgence au quotidien, qu'une crise humanitaire soit ou non reconnue par le système international.

Ce rapport examine de manière approfondie trois pays différents qui ont subi l'impact de situations d'urgence humanitaire. Deux études de cas se penchent sur les défis que doivent relever les femmes et les enfants en situations de conflit armé :

- **La guerre civile de la République démocratique du Congo** a entraîné d'horribles abus à l'encontre des femmes et des enfants et a fait, directement et indirectement, plus de 5,4 millions de morts. Mais moins de 10 pour cent de ces morts se sont produites lors des combats, et les taux de mortalité dans les parties de la République démocratique du Congo situées en dehors des zones de conflit sont souvent aussi élevés que ceux affichés par les provinces orientales touchées par le conflit. La plupart des morts survenues en RDC ont été provoquées par des causes évitables ou traitables comme le paludisme, la diarrhée, des maladies néonatales et la malnutrition – et près de la moitié des décès survenus en RDC ont été ceux d'enfants de moins de cinq ans. La situation en RDC illustre nombre des défis auxquels sont confrontés les pays affichant un fort taux de mortalité, qui ne sont pas, par ailleurs, sur la bonne voie pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement : il s'agit d'un État fragile doté d'infrastructures faibles qui font que de nombreuses personnes n'ont pas accès aux soins de santé de base. Les établissements de soins manquent souvent de personnel médical correctement qualifié et de fournitures médicales – beaucoup n'ont même pas l'électricité et l'eau courante. Les attaques sur les agents sanitaires sapent également la qualité et la disponibilité des soins car elles

ont pour effet de traumatiser la main-d'œuvre sanitaire et d'obliger les établissements de soins à suspendre leurs activités. En dépit des nombreuses difficultés, il y a des signes d'espoir et de progrès en RDC. Des organisations non gouvernementales (ONG) locales bien établies apportent des soins médicaux et un soutien psychologique aux victimes de viols dans les zones touchées par le conflit. Dans les provinces des Kivus, les organisations humanitaires ont apporté un soutien au ministère national de la Santé pour l'aider à assurer des services de santé primaires et secondaires, des services de vaccination et la mise en œuvre de programmes de planning familial et de santé maternelle. (*Pour un complément d'informations, voir pages 39–49.*)

- **La guerre civile en Syrie** – qui entre maintenant dans sa quatrième année – a eu un impact dévastateur sur les mères et les enfants. Au moins 1,3 millions d'enfants et 650 000 femmes ont fui le conflit et sont devenus des réfugiés dans des pays voisins, tandis que plus de 9 millions de personnes à l'intérieur de la Syrie ont besoin de secours humanitaires pour survivre. Les estimations suggèrent que jusqu'à 1 000 femmes et enfants par mois ont été tués durant le conflit⁷. Des centaines – si ce n'est des milliers – de personnes sont probablement mortes suite à la pénurie de nourriture et de soins médicaux. Le manque de données fait que l'impact du conflit en Syrie sur la survie maternelle et infantile n'a pas encore été complètement évalué. Mais ce qui est clair, c'est que les femmes syriennes sont confrontées à des difficultés de très grande envergure au moment d'accéder aux soins prénatals, intrapartum et postnatals, y compris le manque d'ambulances, le petit nombre de membres du personnel hospitalier de sexe féminin et les postes de contrôle et barrages fréquemment rencontrés sur le chemin des hôpitaux. Ces problèmes ont donné lieu à des accouchements non assistés, ainsi qu'à une évolution du pourcentage de femmes choisissant de subir des césariennes planifiées. De nombreuses évaluations parmi les réfugiés syriens – à l'intérieur des camps mais aussi dans d'autres contextes aux quatre coins de la région – ont signalé des lacunes dans la disponibilité de services de santé reproductive. Des données anecdotiques recueillies suggèrent que le nombre de décès néonataux augmente à l'intérieur de la Syrie, tandis que les bébés des réfugiés syriens se heurtent à des obstacles d'envergure. Trois années de déplacement et de services de santé en voie d'effondrement ont mis les jeunes enfants de la Syrie en situation de forte vulnérabilité face à des maladies potentiellement fatales. Les enfants de nombreuses zones du pays ont un accès limité ou inexistant aux vaccinations et, pour la première fois depuis plus de dix ans, il y a des flambées de polio et de rougeole, très



Somalie

importantes pour cette dernière. Des cas de rougeole et d'autres maladies évitables ont aussi été signalés parmi les réfugiés de Jordanie, du Liban et de la Turquie. En 2011, avant que le conflit n'éclate, la Syrie affichait un taux de mortalité infantile de 15 pour 1000 naissances vivantes – comparable à celui d'un pays comme le Brésil – et était en bonne voie pour atteindre les OMD 4 et 5. Le conflit a entraîné l'effondrement de ce qui avait été un système de santé fonctionnel et il menace de faire reculer d'une génération les progrès qui avaient été accomplis. *(Pour un complément d'informations, voir pages 51–61.)*

Les catastrophes naturelles présentent aussi des menaces particulières pour les mères et les enfants les plus pauvres d'une nation, même dans des pays à revenu intermédiaire comme les Philippines et des pays industrialisés comme les États-Unis :

- La résilience des **Philippines** est mise à dure épreuve par des situations d'urgence fréquentes et de plus en plus graves. Le typhon Haiyan, survenu le 8 novembre 2013, a été l'un des typhons les plus destructeurs qui ait jamais atteint des terres. Il a tué plus de 6 000 personnes, ravagé plus de 2 000 hôpitaux et dispensaires médicaux et détruit d'innombrables dossiers médicaux et systèmes informatiques. S'il est encore trop tôt pour prédire combien de vies finiront par être

perdus à cause de Haiyan, d'après l'expérience passée, le nombre de jeunes enfants qui pourraient mourir en 2014 du fait des conditions de plus en plus médiocres pourrait être beaucoup plus important que celui des enfants directement tués par la tempête elle-même. À l'instar de nombreux pays à revenu intermédiaire, les Philippines sont, de manière générale, sur la bonne voie pour atteindre les OMD 4 et 5, et la plupart des gens y ont accès aux soins de santé essentiels. On ne sait pas au juste si des tempêtes comme Haiyan ont le potentiel d'éroder les progrès accomplis par les Philippines vers les OMD pour ce qui est de la survie infantile et maternelle mais, à moins d'un investissement supérieur dans des systèmes capables de résister aux catastrophes, et d'interventions humanitaires plus rapides et plus efficaces, il pourrait se révéler de plus en plus difficile de continuer à reconstruire les infrastructures de santé du pays – en particulier s'il subit d'autres typhons à la même échelle que ceux des quelques dernières années. *(Pour un complément d'informations, voir pages 29–37.)*

La satisfaction des besoins en matière de santé et de survie des mères, des nouveau-nés et des enfants lors de crises humanitaires ne sera pas tâche aisée, mais il existe des solutions. Dans de nombreux pays fragiles et touchés par des conflits, des progrès importants ont été accomplis dans l'amélioration des soins durant la grossesse



Inde

et l'accouchement. Par exemple, entre 2000 et 2008, le Pakistan et le Burkina Faso ont réussi à accroître de 20 pour cent le pourcentage d'accouchements ayant lieu en présence d'un agent sanitaire qualifié. Ces améliorations ont englobé des communautés touchées par la violence et des conflits. Cependant, parmi les dizaines d'États fragiles et touchés par des conflits, le Népal est le seul pays qui ait d'ores et déjà atteint l'Objectif du Millénaire pour le développement concernant la réduction de trois quarts de la mortalité maternelle depuis 1990. D'autres états fragiles et touchés par des conflits – y compris l'Afghanistan, l'Angola, l'Érythrée, le Timor oriental et le Yémen – sont sur la bonne voie pour atteindre l'OMD relatif à la santé maternelle, pourvu que leur rythme de progrès actuel se poursuive¹⁸. Dans presque tous les États fragiles, les progrès en vue de sauver les bébés de moins d'un mois restent trop lents.

La communauté humanitaire s'efforce de faire des services de santé maternelle et infantile et de nutrition une priorité dans le cadre des interventions en situation d'urgence. Le *Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé reproductive en situations de crise*, élaboré et utilisé de par le monde par les gouvernements et les ONG, recommande un ensemble d'interventions prioritaires concernant les soins aux mères et aux nouveau-nés dans les situations d'urgence. Il s'agit entre autres de la fourniture de kits visant à faciliter des accouchements salubres et sans risque, et de l'établissement de systèmes d'aiguillage pour gérer

les urgences obstétricales. Le potentiel sur le plan des vies sauvées de l'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants, qui concerne des interventions visant à protéger, promouvoir et soutenir des pratiques d'alimentation sans risque et appropriées pour les nourrissons et les jeunes enfants dans toutes les situations d'urgence, a aussi pris un élan considérable à l'échelle mondiale depuis quelques dizaines d'années. Des documents d'orientation pour les politiques publiques et des supports de formation ont été regroupés dans les *Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence*, approuvées par l'Assemblée mondiale de la santé en 2010. Le *Plan d'action « Chaque nouveau-né »*, qui sera prochainement publié, et qui sera soumis à l'Assemblée mondiale de la santé pour être approuvé mi-mai 2014, reconnaît la nécessité d'accorder une attention spéciale aux contextes d'urgence et à des actions propres à chaque contexte pour améliorer les soins à la naissance et les soins dispensés aux nouveau-nés de petite taille et malades.

Comme le documente ce rapport, tous les pays ont de nombreux défis à relever pour protéger les mères et les enfants lors des crises humanitaires, mais ces défis sont considérablement plus importants dans les régions et les États fragiles, qui n'ont pas la résilience nécessaire pour faire face aux situations d'urgence et qui se heurtent à des défis sous-jacents chroniques, y compris une gouvernance

faible et peu réactive. Sur les 10 pays occupant les dernières positions de l'*Indice des mères* de cette année, tous sont des États dits « fragiles ».

Les mères et les enfants qui se heurtent aux risques les plus importants sont de plus en plus concentrés géographiquement dans des régions clés du monde. En 1990, l'Afrique de l'Ouest et centrale comptait pour 16 pour cent des décès infantiles à l'échelle mondiale. À présent, près d'un tiers des décès infantiles du monde surviennent dans cette sous-région, dans des pays où l'État est faible et qui sont confrontés à des défis complexes en matière de développement. Le Nigéria et la République démocratique du Congo à eux seuls représentent 20 pour cent du total de

décès infantiles mondial. Environ un tiers des décès infantiles surviennent maintenant en Asie du Sud, et les taux de mortalité élevés sont de plus en plus concentrés dans des communautés socialement exclues et dans des contextes de fragilité *de facto* comme les États indiens du Bihar, de l'Uttar Pradesh et de l'Orissa, et la province pakistanaise de Khyber Pakhtunkhwa.

La conclusion est évidente. Outre faire en sorte que chaque pays soit mieux préparé à venir en aide aux mères et aux enfants en situation d'urgence, nous devons également entamer la tâche difficile mais urgente consistant à contribuer à instaurer la stabilité dans les régions les plus fragiles du monde et à

Classement de l'*Indice des mères* 2014

10 premiers		10 derniers	
POSITION	PAYS	POSITION	PAYS
1	Finlande	169	Côte d'Ivoire
2	Norvège	170	Tchad
3	Suède	171	Nigéria
4	Islande	172	Sierra Leone
5	Pays-Bas	173	République centrafricaine
6	Danemark	174	Guinée-Bissau
7	Espagne	175*	Mali
8	Allemagne	175*	Niger
9*	Australie	177	République démocratique du Congo
9*	Belgique	178	Somalie

* Pays ex-aequo

Le 15^e *Indice des mères* annuel de Save the Children évalue le bien-être des mères et des enfants dans 178 pays – plus que lors de n'importe quelle année précédente. La Finlande, la Norvège et la Suède arrivent en tête du classement cette année. Les pays occupant les 10 premières places obtiennent en général des notes très élevées pour ce qui est de la santé, du niveau d'éducation, de la situation économique et du statut politique des mères et des enfants. Les États-Unis sont classés en 31^e place. La Somalie arrive dernière sur tous les pays étudiés. Les pays occupant les 10 dernières places – dont un seul ne se situe pas en Afrique de l'Ouest et centrale – sont l'image miroir des 10 premiers, et obtiennent des résultats médiocres sur tous les indicateurs. Les conditions pour les mères et leurs enfants dans les pays occupant les dernières positions sont peu réjouissantes. En moyenne, une femme sur 27 meurt de causes liées à la grossesse et un enfant sur sept meurt avant son cinquième anniversaire.

Les données recueillies pour l'*Indice des mères* documentent les écarts impressionnants entre les pays riches et les pays pauvres et la nécessité urgente d'accélérer les progrès en matière de santé et de bien-être des mères et de leurs enfants. Ces données mettent aussi en relief le rôle que les conflits armés, la gouvernance insuffisante et les catastrophes naturelles jouent dans ces tragédies. Tous les pays figurant parmi les 10 derniers ont des antécédents récents de conflit armé et sont considérés comme des États fragiles, ce qui signifie qu'ils échouent fondamentalement à remplir les fonctions nécessaires pour satisfaire les besoins et attentes de base de leurs citoyens. Six des 10 derniers pays subissent des catastrophes naturelles récurrentes.

Voir l'*Indice des mères* complet, le *Classement des pays* et une *explication de la méthodologie*, à partir de la page 70.

identifier des manières de développer un meilleur accès aux soins de santé dans ces contextes. Il ne sera pas possible de mettre fin aux morts évitables de mères et d'enfants tant que ces pays ne seront pas plus stables et les soins de santé plus accessibles.

Recommandations

Les pouvoirs publics nationaux, les pays donateurs, les organisations internationales, le secteur privé et la société civile ont la responsabilité partagée de veiller à ce que les mères et les enfants qui vivent dans des contextes de crise aient les meilleures chances de survivre et de jouir d'une bonne santé. Pour ce faire, il faudra les placer au centre de processus nationaux et internationaux et veiller à ce que les investissements nécessaires soient effectués pour renforcer leur résilience, leur santé et leur protection. Ensemble, nous devons :

1. Veiller à ce que chaque mère et chaque nouveau-né en situation de crise ait accès à des soins de santé de qualité : Cela est tout particulièrement important lorsque le risque de mortalité est le plus élevé – durant le travail de l'accouchement, à la naissance et pendant la première semaine de vie, comme le stipule le *Plan d'action « Chaque nouveau-né »*. Les acteurs nationaux et internationaux doivent veiller à garantir l'accès à des soins de santé de qualité pour les communautés en situation de crise, en accordant une attention spéciale aux besoins particuliers des mères et des nouveau-nés. Il s'agit entre autres d'éliminer les obstacles financiers éventuels entravant l'accès aux soins et de soutenir un nombre suffisant d'agents sanitaires de première ligne qualifiés et dotés de moyens. Les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds importants doivent soutenir les systèmes de santé, notamment en investissant dans les infrastructures et en assurant leur bon entretien. Dans les situations d'urgence, les acteurs humanitaires doivent concevoir des interventions de santé et de nutrition qui soutiennent les soins de santé à plus long terme, et les parties aux conflits doivent respecter l'obligation de ne pas attaquer les agents sanitaires ou les établissements de soins.

2. Investir dans les femmes et les filles et assurer leur protection : Les investissements dans les activités rémunératrices et économiques pour les femmes et dans l'éducation des filles ont fait leurs preuves comme moyen d'obtenir des résultats positifs sur le plan de la santé maternelle et néonatale et d'assurer une protection contre les effets néfastes qui peuvent découler des mariages précoces et des violences sexistes ou sexuelles. Le fait d'améliorer l'accès des femmes et des filles aux biens et aux ressources, et le contrôle qu'elles exercent

sur ces biens et ressources, le soutien à l'éducation tout au long des crises et l'élaboration de stratégies de prévention de la violence sexiste comportent l'avantage supplémentaire de favoriser la santé maternelle et néonatale.

3. Renforcer la résilience à plus long terme pour réduire au minimum les effets néfastes des crises sur la santé. La promotion de la préparation communautaire, de l'action précoce, de la protection sociale et de la réduction des risques de catastrophe – en particulier en ciblant les personnes les plus vulnérables, dont les mères et les nouveau-nés – peut contribuer à veiller à ce que les mères ne soient pas limitées dans leur aptitude à protéger et à subvenir aux besoins de leurs enfants et à faire en sorte que les besoins locaux soient satisfaits lorsque survient une crise.

4. Concevoir des interventions en situation d'urgence avec un horizon à plus long terme et en tenant compte des besoins spécifiques des mères et des nouveau-nés. Il s'agit entre autres de faire des soins de santé reproductive une priorité dans les interventions en situation d'urgence, tout en menant des programmes qui englobent l'attention accordée aux besoins particuliers des femmes enceintes et des nouveau-nés pour protéger leur santé et favoriser leur survie, en particulier en assurant des soins de qualité autour du moment de la naissance et des soins spéciaux pour les nouveau-nés malades et de petite taille. Il s'agit aussi de donner la priorité à un environnement de politiques publiques et d'interventions qui protège, promeuve et soutienne l'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants, y compris l'allaitement maternel.

5. Garantir la participation politique et un financement, une coordination et des recherches adéquats autour de la santé maternelle et néonatale dans les contextes de crise. Les bailleurs de fonds doivent augmenter la quantité d'aide prévisible à long terme destinée aux États fragiles à travers des mécanismes de financement souples et en mesure de réagir face à des contextes différents et en mutation. L'Ordre du jour post-2015 pour le développement et le Sommet humanitaire mondial de 2016 constituent tous deux l'occasion de discuter des défis sans pareils auxquels sont confrontés les États en situation de crise et la manière de les relever de façons qui permettent d'assurer la survie des mères et des enfants. Dans l'immédiat, la communauté internationale a l'occasion sans précédent de lutter contre la mortalité néonatale et les mortinaissances évitables en soutenant le *Plan d'action « Chaque nouveau-né »* et les actions qu'il proposera en mai 2014 afin d'atteindre les cibles ambitieuses de réduction de la mortalité néonatale et d'élimination des mortinaissances évitables lors de l'accouchement.

(Pour lire l'ensemble complet de recommandations de ce rapport, voir pages 63–68.)



Sauver les mères et les enfants en situations de crise humanitaire

En situations de crise humanitaire, les mères doivent surmonter d'immenses obstacles pour dispenser des soins et assurer la sécurité de leurs enfants, alors même que leur propre vulnérabilité face à la pauvreté, la malnutrition, la violence sexuelle, les grossesses non planifiées et l'accouchement non assisté s'accroît considérablement. Les situations de crise humanitaire exacerbent les inégalités économiques et de genre, ce qui empire une situation déjà mauvaise pour les mères les plus pauvres et leurs enfants.

Les impacts des crises humanitaires sur la survie maternelle et infantile varient en fonction de la nature de la crise. En situation de conflit armé, les foyers, les centres de soins et les hôpitaux peuvent faire l'objet d'attaques, si bien que les agents sanitaires prennent souvent la fuite ou émigrent définitivement, l'approvisionnement en produits alimentaires et en médicaments peut être interrompu et le non-respect des lois peut devenir la norme. Les typhons, les séismes et les inondations peuvent détruire tant les communautés que les infrastructures de santé, mettant les familles dans des situations où elles perdent tout et accroissant le risque de maladies comme le choléra et la diarrhée. La survie d'un enfant dans les situations d'urgence de ce type dépend souvent de la force et de la débrouillardise de sa mère. Ce sont souvent les mères qui doivent mener les efforts visant à permettre à leur famille de prendre un nouveau départ et de reconstruire sa vie, tout en aidant leurs enfants à suivre la bonne voie pour accéder à un avenir meilleur.

Mais les mères ne peuvent pas faire tout cela seules.

Aujourd'hui, il y a des conflits armés en cours dans plus de 20 pays des quatre coins du monde¹, qui entraînent des effets directs sur 170 millions de personnes², et la plupart des personnes blessées, déplacées, traumatisées et tuées sont souvent des mères et des enfants³. La majorité de ces pays touchés par des conflits sont aussi des États fragiles⁴, qui se caractérisent par des capacités institutionnelles faibles, une gouvernance médiocre et un environnement politique instable.

Les personnes se trouvant dans des situations fragiles et touchées par des conflits sont plus de deux fois plus susceptibles d'être mal nourries que celles vivant dans d'autres pays en développement, plus de trois fois plus susceptibles de ne pas être en mesure de scolariser leurs enfants, deux fois plus susceptibles de voir leurs enfants mourir avant leur cinquième anniversaire, et plus de deux fois plus susceptibles de ne pas disposer d'eau salubre⁵. La santé et la nutrition médiocres dans ces pays constituent en elles-mêmes une cause de fragilité. Mais le fait que les États fragiles ne soient pas en mesure de fournir des services sociaux efficaces donne aussi lieu à des résultats médiocres en matière de santé.

De nombreux États fragiles et touchés par des conflits sont par ailleurs vulnérables face aux catastrophes déclenchées par des aléas naturels, lesquelles exacerbent les difficultés chroniques sous-jacentes en matière de développement. Ce sont les familles les plus pauvres qui souffrent le plus, ce qui accroît encore l'iniquité et fait sombrer les gens dans des situations de pauvreté extrême. Dans les lieux où la gouvernance est faible et les ressources peu abondantes, les femmes et les jeunes enfants sont désavantagés dans la concurrence pour accéder à des aliments, des abris et des soins médicaux limités. La rupture de l'ordre public qui va souvent de pair avec les catastrophes accroît le risque pour les femmes et les enfants d'être victimes d'actes d'exploitation sexuelle et de violence.

Dans ce rapport, nous employons les expressions « crise humanitaire », « contexte de crise » et « crise de longue durée » pour évoquer les conditions créées par les conflits armés, la fragilité et les catastrophes naturelles d'envergure. Lorsqu'une condition est plus susceptible de se produire dans un type particulier de contexte, nous employons les termes précis.

Accoucher en situation de crise

Plus de la moitié (59 pour cent) des décès maternels du monde entier ont lieu dans des États fragiles, dont beaucoup sont touchés par des conflits et des catastrophes naturelles récurrentes⁷. Les femmes meurent parce qu'elles accouchent sans l'assistance d'un agent sanitaire qualifié, parce qu'elles n'ont pas accès à des services obstétricaux d'urgence, parce qu'elles ne peuvent pas se rendre dans un établissement de soins, ou encore parce que les services sont retardés ou indisponibles une fois qu'elles arrivent dans l'établissement⁸ - bref, parce qu'elles n'ont pas fait l'objet des soins dont elles avaient besoin au moment où elles en avaient besoin.

Les femmes qui tentent d'échapper à un conflit doivent parfois accoucher durant leur fuite, privées d'un quelconque accès au matériel le plus rudimentaire pour assurer un accouchement salubre. Les catastrophes naturelles peuvent détruire les installations médicales et déplacer les agents sanitaires.

Objectifs du Millénaire pour le développement

Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sont huit cibles convenues à l'échelle mondiale pour réduire la pauvreté extrême et promouvoir la paix, les droits de l'homme et la sécurité. La cible de l'OMD 4 est la réduction de deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde entre 1990 et 2015. La cible de l'OMD 5 est la réduction de trois quarts du taux de mortalité maternelle durant la même période.

Des progrès considérables ont été réalisés pour ce qui est de la réduction de la mortalité infantile (réduction de 47 pour cent entre 1990 et 2012), mais des progrès plus rapides sont requis pour atteindre la cible de 2015⁷⁴. Les décès infantiles sont de plus en plus concentrés dans les régions les plus pauvres et durant le premier mois de vie. La mortalité maternelle a elle aussi accusé un recul de 47 pour cent depuis 1990 mais, ici encore, la cible n'a pas été atteinte⁷⁵. Soixante-quinze pays prioritaires ont été identifiés qui, ensemble, représentent plus de 95 pour cent de tous les décès maternels, néonataux et infantiles tous les ans. Ces pays sont désignés comme les pays concernés par le « compte à rebours ». La date butoir de 2015 approchant à grands pas, seuls 31 pays sont sur la bonne voie pour atteindre l'objectif relatif à la survie des enfants⁷⁶ et ils sont beaucoup moins nombreux – à peine 9 (sur les 74 pays disposant de données) – à être sur la bonne voie pour atteindre l'objectif relatif à la survie maternelle⁷⁷.

Ce sont les États fragiles et touchés par les conflits qui rencontrent le plus de difficultés pour atteindre les OMD. La plupart des cibles des OMD dans les États fragiles ne seront pas atteintes⁷⁸ et les 10 pays qui occupent les

dernières places de notre *Indice des mères* sont tous définis comme touchés par des conflits ou fragiles. Une part croissante de la mortalité infantile se concentre en Afrique de l'Ouest et centrale en particulier, région qui représente maintenant près d'un tiers des décès infantiles, par rapport à 16 pour cent du total mondial en 1990.⁷⁹ Cependant, il y a quelques signes de progrès ; certains pays en situation de crise comme l'Afghanistan font des progrès considérables vers la cible de survie des enfants de l'OMD, et des pays post-conflit comme le Népal et le Mozambique sont en bonne voie pour atteindre l'objectif. En mai 2013, au moins 20 États fragiles et touchés par des conflits avaient atteint une ou plusieurs cibles et six autres étaient sur la bonne voie pour le faire avant la date butoir de 2015⁸⁰.

S'il sera difficile d'atteindre les OMD 4 et 5, ainsi que les autres objectifs, le succès reste possible – mais seulement si les gouvernements ne reviennent pas sur les engagements qu'ils ont pris il y a plus de dix ans et qui ont été mis à jour dans le cadre du mouvement *Chaque femme, chaque enfant*. La consolidation des progrès existants et le renforcement de l'élan au-delà de 2015 dépendront de l'investissement par les pays dans des systèmes de soins de santé qui portent au maximum la résilience à long terme et garantissent des services essentiels pour tous les enfants et leurs familles respectives. Les résultats sur le plan de la santé dépendent d'autres facteurs que les seuls soins de santé mais, à moins de disposer de systèmes de santé solides et pleinement fonctionnels comme plateforme du progrès, il sera impossible de relever les défis d'envergure relatifs à la survie maternelle et infantile.

L'angoisse associée aux deux types de crise peut provoquer chez les femmes un accouchement prématuré⁹.

Les femmes qui ont des complications durant leur grossesse ou leur accouchement ont besoin de services obstétricaux d'urgence pour assurer leur survie et celle de leur bébé. Les principales causes de décès maternel – hémorragie, dystocie, infection et convulsions – sont pour la plupart traitables mais, dans la plupart des contextes fragiles, l'accès aux services de santé est inégal. Jusqu'à récemment, les soins obstétricaux étaient pour ainsi dire inexistant dans les contextes de réfugiés et représentaient une part négligée des secours humanitaires.

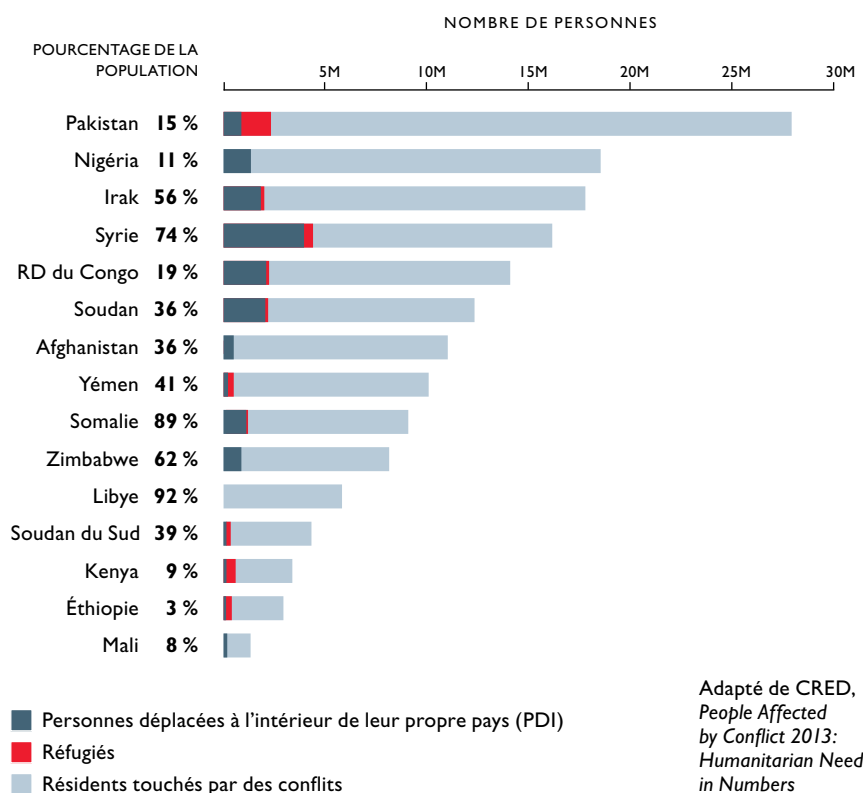
Les femmes qui meurent en couches laissent derrière elles des familles dévastées. Généralement, leurs bébés ne survivent pas¹⁰ et ceux qui restent en vie meurent souvent avant leur cinquième anniversaire¹¹. Les enfants un peu plus âgés, en particulier les filles, peuvent se voir contraints d'abandonner l'école pour s'occuper de leurs frères et sœurs cadets, et tous les enfants qui perdent leur mère sont plus susceptibles d'être mal nourris et pauvres¹².

Dans nombre de pays fragiles et touchés par des conflits, d'importants progrès ont été accomplis dans l'amélioration des soins durant la grossesse et l'accouchement. Par exemple, entre 2000 et 2008, le Pakistan et le Burkina Faso ont accru de 20 pour cent le pourcentage de naissances ayant lieu en présence d'un assistant qualifié¹³.

La communauté humanitaire s'est également efforcée de faire des soins de santé reproductive une priorité dans les interventions en situations d'urgence. Le *Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé reproductive en situations de crise* recommande un ensemble d'activités prioritaires pour les soins aux mères et aux nouveau-nés dans les situations d'urgence. Il s'agit entre autres de fournir des kits pour faciliter des accouchements salubres et sans risque et d'établir des systèmes d'aiguillage pour gérer les urgences obstétricales¹⁴.

Personnes touchées par des conflits

D'après de nouvelles recherches menées par le Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED), au moins 172 millions de personnes de par le monde ont été directement touchées par les conflits en 2012. La majorité écrasante de ces personnes (87 pour cent) étaient des résidents de zones en conflit et non des réfugiés ou des PDI qui avaient fui la violence, l'insécurité et la peur. C'est au Pakistan et au Nigéria que l'on a compté le plus grand nombre de personnes touchées par des conflits – 28 millions et 19 millions respectivement. La Libye et la Somalie étaient les pays où la plus grande part de la population était touchée par la violence et l'insécurité – environ 90 pour cent chacune. Près des trois quarts des Syriens ont été touchés par le conflit, pourcentage dont on est presque certain qu'il a augmenté depuis 2012.



Heures, jours et semaines initiaux : les plus risqués pour un nouveau-né

Pour les nouveau-nés du monde entier, la première journée de leur vie est la plus dangereuse¹⁶. Mais dans une situation de crise humanitaire, les risques que courent les nouveau-nés peuvent être multipliés du fait du manque de soins qualifiés et de médicaments et des conditions insalubres. Il n'y a pas assez de données sur la morbidité et la mortalité des nouveau-nés dans les contextes de crise. Cependant, il est bien établi que les pays en situation de conflit ou en proie à d'autres formes d'instabilité affichent le nombre le plus élevé de décès évitables de nouveau-nés¹⁷. Étant donné la vulnérabilité intrinsèque des nouveau-nés, la qualité compromise des soins de santé dans les pays en développement en général et le manque d'accès dans de nombreux États fragiles et contextes de crise, les experts affirment que la survie des nouveau-nés doit constituer une priorité accrue, en particulier dans les pays en proie à une crise de longue durée¹⁸. Le *Plan d'action « Chaque nouveau-né »*, en cours d'élaboration par l'UNICEF et l'OMS, représente une importante occasion d'accroître le soutien en matière de politiques publiques et de budgets en faveur de la survie des nouveau-nés, y compris en situation de crise.

Ce sont les bébés prématurés – nés avant 37 semaines révolues de gestation – qui présentent les risques les plus importants de complications et de mort. Les complications liées à la prématurité sont actuellement la deuxième cause de décès parmi les enfants de moins de cinq ans, et jusqu'à 80 pour cent de tous les décès néonataux surviennent parmi des bébés prématurés, petits pour leur âge gestationnel, ou les deux¹⁹. À moins d'être tenus au chaud, nourris et protégés des infections, l'état de ces bébés vulnérables peut se détériorer rapidement et ils peuvent mourir en quelques heures à peine. La méthode mère kangourou est une pratique simple qui consiste à veiller à ce que les mères gardent leur bébé au chaud par la pratique du peau à peau. Elle favorise l'allaitement rapide et soutenu, lequel contribue à accroître la force du bébé et sa résistance aux maladies. C'est une solution idéale pour les enfants prématurés et de faible poids à la naissance, en particulier lorsque les traitements de pointe ne sont pas une option viable. Il y a par ailleurs de plus en plus de données factuelles qui indiquent que les soins de la méthode mère kangourou peuvent se révéler plus efficaces que les couveuses pour certains bébés prématurés²⁰.

Dans les contextes caractérisés par une mortalité très élevée – comme ceux que l'on trouve dans les États fragiles où surviennent des situations d'urgence récurrentes – presque 50 pour cent des décès néonataux sont causés par des infections graves comme le sepsis, la pneumonie, la diarrhée et le tétanos²¹. Les bébés nés dans des contextes à haut risque sont aussi plus sujets aux complications intrapartum (ce que l'on appelle l'« asphyxie à la naissance ») et à la mortinai-sance. Il faut accroître le nombre d'agents sanitaires de première ligne – et mieux former et équiper les agents sanitaires existants – pour empêcher ces morts en assurant des soins qualifiés à la naissance et des soins obstétricaux d'urgence. Ces services sont également cruciaux pour sauver les mères qui souffrent de dystocies ou d'hémorragies. Dans les contextes de conflit, le système de santé existant du pays doit être soutenu – et ne doit pas être ciblé – pour qu'il puisse continuer à proposer des services essentiels.

Dans le cadre d'un mouvement croissant pour remédier à la charge oubliée que représentent les décès néonataux et pour mettre la survie des nouveau-nés au rang des priorités des interventions humanitaires, Save the Children et d'autres organisations ont produit un nouveau *Guide de terrain pour la santé des nouveau-nés dans des contextes humanitaires* (*Field Guide for Newborn Health*



Ce soir-là, au début, ma femme allait bien. Elle a préparé le dîner. Deux heures plus tard, les douleurs de l'accouchement ont commencé. Elle a donné naissance à Safina à la maison, mais le placenta était resté dans l'utérus. Au bout de deux ou trois heures, elle m'a dit qu'elle avait très mal et qu'il fallait que je la conduise à l'hôpital. C'était l'hiver, il neigeait et je n'arrivais pas à me procurer une voiture. Nous avons fini par en trouver une, mais elle est tombée en panne. Hakima est morte dans la voiture. Elle avait 24 ans. Jamais je n'oublierai cette nuit-là. Safina était en bonne santé à sa naissance, mais elle a contracté une pneumonie à six mois. Nous l'avons amenée à l'hôpital, où on lui a donné des médicaments, mais elle est morte avant la fin de son traitement. »

– **Hamidullah, 42 ans,**
Afghanistan⁶

in Humanitarian Settings). Ce guide recommande que, dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre des programmes de préparation aux situations d'urgence et d'intervention dans ces situations, on accorde une attention aux besoins spéciaux des femmes enceintes et des nouveau-nés pour protéger leur santé et leur survie. Il décrit par ailleurs les manières d'intégrer la résilience à long terme dans les systèmes de santé pour que ces derniers soient à même de promouvoir un relèvement rapide après les crises.

Le *Guide de terrain* recommande cinq solutions pour sauver la vie de nouveau-nés dans les contextes humanitaires : 1) distribuer du matériel d'accouchement salubre et de soins néonataux aux femmes qui risquent de ne pas pouvoir accoucher dans un établissement de soins ; 2) fournir des services de qualité à la population ciblée durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, et promouvoir les soins essentiels aux nouveau-nés ; 3) fournir des médicaments et des fournitures pour que les infirmiers, les sages-femmes et d'autres prestataires de services de santé puissent venir en aide aux nouveau-nés malades ; 4) aider les agents sanitaires communautaires à identifier les femmes enceintes et les nouveau-nés et à les mettre en contact avec le système de santé ; et 5) identifier et transférer les nouveau-nés malades vers le niveau approprié de soins à travers un système d'aiguillage fonctionnel²².

Le *Plan d'action* « *Chaque nouveau-né* », qui sera prochainement publié, attirera encore plus l'attention sur les situations d'urgence et les actions propres à chaque contexte pour améliorer les soins à la naissance et les soins dispensés aux nouveau-nés de petite taille et malades.

Les avantages vitaux de l'allaitement maternel

Les nourrissons et les enfants en bas âge risquent tout particulièrement de souffrir de malnutrition, de tomber malades et de mourir durant les situations d'urgence. Le lait maternel est la seule source sûre et fiable d'alimentation pour les bébés ; il leur assure une protection active contre les maladies et permet de maintenir les enfants au chaud et à proximité de leur mère. L'allaitement peu après l'accouchement aide aussi les mères en réduisant le risque d'hémorragie du post-partum, qui est l'une des principales causes de mortalité maternelle dans le monde entier. Mais, trop souvent, les situations d'urgence érigent des obstacles et dissuadent les mères d'allaiter. Le stress, les informations erronées, le manque d'intimité et l'absence de soutien individuel au tout début sont autant de facteurs qui peuvent dissuader les mères d'allaiter et faire courir aux bébés plus de risques liés à l'eau contaminée et à une nutrition inadéquate.

Lorsque des substituts du lait maternel sont distribués là où ils ne sont pas requis, cela peut aussi nuire aux pratiques d'allaitement et mettre les mères et les enfants en situation de risque. L'industrie des préparations pour nourrissons peut voir les situations d'urgence comme l'« occasion » de pénétrer des marchés ou de les développer dans le cadre d'un exercice de relations publiques. Les particuliers et les organisations caritatives donnent parfois des substituts de lait maternel animés du désir sincère de venir en aide aux populations sinistrées, et les agences d'aide distribuent ces donations sans être conscientes des risques accrus qu'elles comportent pour la santé et la survie des enfants. Dans les situations d'urgence, il n'y a souvent pas de moyen sûr de préparer le lait maternisé, car on ne dispose que d'eau de mauvaise qualité. Par ailleurs, il est fréquent que les dons de lait maternisé ne soient pas durables et soient interrompus, sans planification adéquate de l'approvisionnement des mères qui ont réduit ou cessé l'allaitement. Bien qu'il soit possible pour les mères de recommencer



Je crois au pouvoir de l'allaitement maternel, il peut sauver nos enfants et il a toujours été utilisé dans ma famille. C'est une méthode naturelle et largement préférable au lait maternisé, qui peut être dangereux s'il n'est pas préparé correctement. De plus, il est plus difficile et coûteux de se procurer ce lait ; avec cet argent, je pourrai acheter d'autres choses pour mes enfants. »

– **May-Joy**,
Philippines²³

à produire du lait, cela prend souvent plusieurs semaines, ce qui laisse l'enfant en position de vulnérabilité.

Durant et immédiatement après le conflit de 2008 à Gaza, une distribution non ciblée de substituts du lait maternel a été entreprise, et plus d'un quart des mères ont reçu du lait maternisé, y compris des mères qui allaitaient. Près de la moitié des mères ont reçu d'autres substituts de lait et certaines des biberons. Environ 50 pour cent des mères ont signalé avoir réduit la fréquence de l'allaitement durant cette période²⁴.

Durant l'intervention suite au séisme survenu en Indonésie en 2006, la distribution gratuite de lait maternisé a entraîné une hausse de son utilisation parmi des nourrissons précédemment allaités. Les taux de diarrhée étaient deux fois plus élevés parmi ceux qui avaient reçu le substitut du lait maternel que parmi les autres (25 pour cent contre 12 pour cent)²⁵.

La distribution de substituts du lait maternel, lorsqu'elle se révèle nécessaire, doit être menée de manière soigneusement ciblée. Tous dons de lait maternisé et de produits associés, comme des biberons et des tétines, devraient être collectés et entreposés jusqu'à ce qu'une agence coordinatrice désignée, en collaboration avec le gouvernement – si ce dernier est fonctionnel – élabore un plan pour leur utilisation ou destruction sans risque²⁶. S'il y a un besoin de substituts du lait maternel, il est en général largement préférable de se les procurer au sein de la région concernée pour veiller à ce que les étiquettes soient libellées dans la langue correcte.

Durant les interventions récentes en Éthiopie, en Haïti, en Jordanie, aux Philippines et au Soudan du Sud, des groupes humanitaires ont mis en place des centres pour mères et bébés afin d'encourager l'allaitement. Ces centres donnent aux femmes un lieu calme, privé et confortable où allaiter leurs bébés, où recevoir un soutien psychologique individuel et où prendre part à des groupes d'entraide pour dissiper les mythes associés à l'allaitement des nourrissons et des enfants en bas âge. Des conseillers en relactation peuvent aussi venir en aide aux femmes qui ont utilisé des laits maternisés pour qu'elles puissent recommencer à allaiter.

Survivre jusqu'à cinq ans

Plus de la moitié des enfants qui meurent avant leur cinquième anniversaire vivent dans des États fragiles²⁸ – on a compté 3,7 millions de décès infantiles en 2013 – et les taux de mortalité néonatale et infantile les plus élevés sont constatés dans des pays qui sont actuellement touchés par des conflits et l'insécurité, ou qui l'ont récemment été. Après le premier mois de vie, les principales causes de décès dans ces contextes sont largement évitables et traitables : pneumonie, maladies diarrhéiques, paludisme et rougeole. En revanche, dans les États fragiles et touchés par des conflits, ces maladies causent la mort de plus d'enfants parce que les soins de santé qui pourraient les sauver sont inaccessibles, trop éloignés ou trop coûteux pour des personnes qui sont d'ores et déjà vulnérables du fait de la maladie, de la malnutrition et de la pauvreté.



En moyenne, les pays touchés par des conflits emploient moins de la moitié des agents sanitaires dont ils ont besoin²⁹, et nombre d'entre eux doivent travailler pendant de longues heures dans des locaux délabrés et sans disposer de l'équipement requis. Le manque d'accès aux soins de santé est une source d'inquiétude encore plus importante dans les contextes de crise où les enfants souffrent de malnutrition, ce qui les rend encore plus vulnérables face aux maladies. Garantir la protection des agents sanitaires et la formation de centaines de milliers de membres du personnel supplémentaires sont deux des moyens les plus sûrs de sauver des vies.

Les disparités dans l'accès aux soins de santé sont tout particulièrement frappantes dans les contextes fragiles et touchés par des conflits, dans les zones rurales et dans les zones où la violence et l'insécurité rendent difficile l'accès aux soins de santé. Les enfants de ces zones courent le plus grand risque de mort. Au Nigéria, par exemple, la mortalité infantile dans le cinquième le plus pauvre de la population – qui est concentré dans la partie nord du pays, où règne l'insécurité – est presque trois fois supérieure à celle du quintile le plus riche³⁰. La réduction des écarts sur le plan des opportunités a un rôle crucial à jouer pour accélérer les progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le développement.

En plus d'être de plus en plus géographiquement concentrée dans les contextes de fragilité, la mortalité des enfants de moins de cinq ans est de plus en plus démographiquement concentrée dans la période néonatale, soit les 28 premiers jours de vie. Pour que se poursuive la réduction de la

Le changement climatique pourrait menacer les progrès en Asie et ailleurs

Nombre des pays qui ont accompli les progrès les plus considérables en matière de survie maternelle et infantile sont extrêmement vulnérables face aux catastrophes liées au changement climatique. Le Bangladesh, la Chine et le Népal ont chacun réduit leur taux de mortalité infantile et maternelle de plus de deux tiers depuis 1990, ce qui les met « sur la bonne voie » pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5⁸¹. Ces trois pays figurent aussi parmi les 25 pays les plus gravement touchés par les phénomènes météorologiques extrêmes au cours des vingt dernières années, selon le *Global Climate Risk Index 2014*⁸².

Le Bangladesh, la Chine et le Népal ont fait des progrès considérables pour sauver la vie de femmes et d'enfants malgré les revers causés par des catastrophes à répétition. Bien que l'impact du changement climatique soit difficile à prévoir et à quantifier, certains experts de ces pays craignent que leurs progrès ne soient pas durables si les phénomènes météorologiques extrêmes deviennent plus graves ou plus fréquents.

« La menace du changement climatique peut réduire les effets bénéfiques durement gagnés de plusieurs années de croissance et de développement, pas seulement pour les habitants d'établissements pauvres le long des littoraux et des rives de fleuves, mais pour la nation tout entière », a déclaré Shamsul Alam, un membre de la Commission de planification du Bangladesh⁸³.

Les fonctionnaires du Népal savent à quel point leurs établissements de soins sont vulnérables depuis une évaluation effectuée en 2001, mais les investissements ont été insuffisants et la plupart des hôpitaux du pays restent mal préparés pour une situation d'urgence d'envergure. Le gouvernement népalais a récemment chargé les administrateurs de moderniser les hôpitaux en renforçant les poutres, les colonnes, les dalles, les murs portants, les attaches et les fondations, dans un délai de deux ans, sous peine de perdre leurs licences. Il a également émis une directive déclarant que tous les établissements de soins doivent préparer des plans de gestion des catastrophes et organiser des simulations. « Le défi reste énorme... et il y a encore beaucoup de choses auxquelles nous devons nous préparer », a déclaré Paban Sharma, directeur de l'hôpital Patan, dans la capitale⁸⁴.

Les catastrophes liées au changement climatique peuvent ralentir voire menacer d'éroder les progrès réalisés en matière de survie des enfants au Guatemala, au Honduras, en Mongolie, au Nicaragua et en Thaïlande. Chacun de ces pays atteindra probablement la cible de l'OMD relative à la survie des enfants, mais chacun figure aussi parmi les dix pays qui ont le plus souffert des événements météorologiques extrêmes survenus entre 1993 et 2012. De même, la République dominicaine, les Philippines et le Vietnam atteignent aussi des résultats relativement bons sur les évaluations des progrès par rapport aux OMD, mais risquent de perdre du terrain à cause des catastrophes⁸⁵.

Attaques sur les agents sanitaires

mortalité infantile et maternelle, il faudra impérativement accroître l'accès – et améliorer la qualité des soins – autour du moment de la naissance, en particulier parmi les familles les plus pauvres, qui sont souvent privées de tout accès à des soins de santé de qualité durant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale. L'extension des services de santé maternelle et néonatale aux populations exclues pourrait engendrer d'impressionnants résultats pour ce qui est du nombre de vies sauvées. Par exemple, si tous les nouveau-nés du Pakistan affichaient le même taux de survie que les nouveau-nés des 20 pour cent les plus riches de la population, ce sont 48 000 bébés de plus qui survivraient tous les ans³¹.

Faim et malnutrition

La malnutrition est une cause sous-jacente de 3,1 millions de décès infantiles par an³² – soit 45 pour cent du total mondial – et les taux de malnutrition chronique (qui entraîne un retard de croissance irréversible chez les enfants) et de malnutrition sévère et aigüe (qui entraîne le dépérissement) sont tout particulièrement élevés dans les contextes fragiles et touchés par des conflits. Par exemple, les cinq pays qui ont fait le moins de progrès dans la réduction du retard de croissance depuis 1990 – Côte d'Ivoire, Burundi, Afghanistan, Niger et Yémen – sont tous touchés par des conflits³³, tandis que les populations touchées par des conflits à Djibouti, au Kenya, en Somalie, au Soudan du Sud et au Soudan affichent toutes des taux de malnutrition aigüe de 15 pour cent ou plus (le seuil d'urgence)³⁴. La malnutrition parmi les mères est elle aussi un facteur majeur dans les complications intrapartum, dans le poids à la naissance et dans la santé des nouveau-nés, lesquels dépendent de l'allaitement pour commencer leur vie en bonne santé. Or, dans de nombreux pays en développement, les femmes et les filles sont plus susceptibles de souffrir de la faim que les hommes et les garçons, ce qui renforce un cycle intergénérationnel de vulnérabilité et de misère.

Les conditions qui causent la malnutrition et exacerbent l'inégalité entre les sexes sont intensifiées lorsqu'une catastrophe ou un conflit font sombrer les familles dans une situation de crise. Si des catastrophes comme une longue sécheresse, un conflit ou une inondation détruisent les cultures, entraînent la montée en flèche des prix des produits alimentaires, perturbent les marchés alimentaires ou contraignent les personnes à fuir leur domicile et leurs moyens de subsistance, les femmes et les filles sont souvent désavantagées dans la concurrence pour accéder à des aliments peu abondants³⁵.

Dans la région nigérienne de Maradi, le taux de divorce augmente durant les crises alimentaires, car les chefs de famille considèrent que c'est le moyen d'avoir moins de bouches à nourrir³⁶. Ailleurs, l'insécurité alimentaire contribue

Dans certains des pays les plus fragiles du monde, les agents sanitaires qui se consacrent à sauver des vies sont attaqués par les personnes qui luttent pour s'emparer de territoires, de ressources et du pouvoir. Les agents sanitaires travaillent souvent dans des zones éloignées de tout et dangereuses pour faire en sorte que les soins de santé parviennent aux communautés isolées, et leurs médicaments et équipements essentiels font d'eux des cibles faciles pour des vols à main armée et des embuscades. Parce qu'ils refusent de faire une quelconque distinction entre les patients qu'ils soignent, certains agents sanitaires sont accusés de trahison et punis en conséquence.

Il existe peu de données fiables sur les attaques commises contre les agents sanitaires, mais le rapporteur du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies sur le droit à la santé a noté que « l'intimidation, les menaces, les enlèvements et les meurtres, ainsi

que les arrestations et les poursuites judiciaires, sont de plus en plus utilisés comme stratégies dans les situations de conflit »³⁷. Les groupes comme Physicians for Human Rights sont d'avis que les agents sanitaires sont plus en danger maintenant que dans le passé et que l'intensité des attaques s'est accrue³⁸.

Une étude a constaté qu'en 2012, il s'est produit 921 incidents violents ayant un effet sur les soins de santé durant des conflits armés et d'autres situations d'urgence dans 22 pays³⁹.

En 2013, de nombreux agents sanitaires qui administraient des vaccins contre la polio à des enfants ont été tués au Nigéria et au Pakistan. Des centaines d'agents sanitaires ont été assassinés en Syrie. En Colombie, plus de 70 incidents violents à l'encontre des services de santé ont été enregistrés, et en Afghanistan on a compté plus de 100 incidents de sécurité⁴⁰.



Les militants étaient contre le planning familial, disant que les femmes doivent rester à la maison. En tant qu'infirmière visiteuse, j'étais soupçonnée de fournir des services de planning familial et courais donc un risque. Durant le régime des militants, je ne pouvais pas parvenir aux femmes, je ne pouvais pas rencontrer mes patientes. Si quelqu'un avait appris en quoi consistait mon travail, j'aurais été dépecée.

– **Agente sanitaire,**
Pakistan⁸⁶



Cela fait un moment que nous survivons avec un seul repas par jour, et cela ne suffit pas. Henri a perdu beaucoup de poids et il y a quelques jours il est tombé très malade. Il vomissait et ne mangeait rien. Il a eu une grave crise de diarrhée et ses jambes ont commencé à enfler.»

– **Adete**, 16 ans, mère de Henri, un an, République centrafricaine²⁷

aux mariages précoces, les familles cédant leurs filles pour ne pas avoir à les nourrir³⁷. Si les maris et les hommes jeunes doivent partir en quête de travail, les mères restent derrière, contraintes de devenir chefs de famille et de s'occuper des jeunes enfants seules.

De nombreux enfants sont petits à la naissance parce que leur mère est mal nourrie. Ces bébés de petite taille se heurtent à un risque considérablement accru de mort et de retard de croissance avant leur deuxième anniversaire³⁸, ce qui souligne l'importance cruciale d'une nutrition améliorée pour les femmes et les filles. L'anémie – causée par un régime alimentaire médiocre et aggravée par la maladie – est le problème nutritionnel le plus répandu pour les femmes et les filles des pays en développement, et sa prévalence peut augmenter en situation de crise³⁹. L'anémie est une cause considérable de mortalité maternelle et peut entraîner la naissance prématurée et un faible poids à la naissance. Dans les pays en développement, 40 pour cent des femmes non enceintes et la moitié (49 pour cent) des femmes enceintes sont anémiées⁴⁰.

Il est essentiel d'améliorer la nutrition pour la survie des enfants et des mères, et pour permettre aux gens de profiter de tout leur potentiel à long terme. La lutte contre la faim et la malnutrition relève non seulement d'un devoir moral, c'est aussi l'action qui se révélera la plus judicieuse. Une meilleure nutrition réduit les frais pour les systèmes de santé⁴¹ et stimule les économies, puisque les enfants bien nourris sont moins sujets à la maladie et plus susceptibles de devenir des adultes productifs⁴². Heureusement, nous connaissons d'ores et déjà les solutions qui donnent de bons résultats. Tout d'abord, en 2008, la revue *The Lancet* a identifié 13 interventions directes – y compris l'administration de suppléments de vitamine A et de zinc, le sel iodé, le lavage des mains et l'allaitement exclusif – qui à elles toutes ont le potentiel de prévenir la mort de presque deux





millions d'enfants de moins de cinq ans si elles sont mises en œuvre dans les 36 pays qui représentent 90 pour cent de la malnutrition.

Deuxièmement, les programmes de protection sociale – qui fournissent aux familles des transferts réguliers d'argent ou des colis alimentaires – ont le potentiel de lutter contre la malnutrition, en stimulant l'appétit des ménages à consommer des aliments nutritifs. Il existe une importante expérience des transferts d'argent en situation d'urgence, et une expérience plus limitée des transferts d'argent dans les contextes humanitaires, mais des programmes permanents de protection sociale ont aussi été introduits dans des contextes non humanitaires, avec des résultats positifs, dans des pays comme le Brésil, où ils ont permis de réduire considérablement la malnutrition infantile et maternelle⁴³.

Enfin, pour lutter contre la malnutrition et réduire le risque de situations d'urgence de pénurie alimentaire, il faut veiller à ce que les manières dont les aliments sont produits, transformés, distribués et consommés répondent mieux aux besoins nutritionnels de la population. Les femmes en particulier ont un rôle crucial à jouer pour venir à bout de la faim et de la malnutrition. Dans les pays en développement, 79 pour cent des femmes économiquement actives consacrent leurs heures de travail à la production d'aliments à travers l'agriculture, et les femmes représentent 43 pour cent de la main-d'œuvre agricole⁴⁴. L'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture estime que l'octroi de ressources accrues aux femmes entraînerait une réduction d'entre 100 et 150 millions du nombre des personnes souffrant de la faim dans le monde⁴⁵. D'après les résultats de recherches, lorsque le contrôle exercé par les femmes sur le revenu familial s'accroît, la santé et la nutrition des enfants tendent à s'améliorer⁴⁶.



République démocratique du Congo

Les besoins psychologiques et de protection

Les situations d'urgence humanitaire peuvent avoir un profond effet sur la santé mentale des mères et des enfants. Des changements soudains survenus dans leur vie, l'éclatement des familles, l'inquiétude concernant des proches et la perte du soutien communautaire et familial sont difficiles sur le plan émotionnel pour presque toutes les personnes touchées par une crise. Des problèmes psychologiques plus graves découlent de la torture, de l'exploitation et de la violence sexuelle. Les sentiments extrêmes de peur, de chagrin, de culpabilité et d'anxiété ne peuvent généralement pas être traités par les prestataires existants de services de santé, lesquels subissent souvent eux-mêmes un stress et un traumatisme similaires. Les enfants sont tout particulièrement sensibles à l'état émotionnel de leurs parents. Lorsque la mère et le père ont du mal à gérer leur propre stress, cela peut entraver l'aptitude de leurs enfants traumatisés à gérer ce qu'ils ressentent eux-mêmes.

S'il est nécessaire d'en faire beaucoup plus pour comprendre et satisfaire les besoins en matière de santé mentale des femmes et des enfants en situations d'urgence, les organismes humanitaires ont néanmoins été les premiers à lancer des approches qui aident les enfants et leurs familles respectives à faire face au bouleversement associé aux crises et au déplacement. Des programmes psychosociologiques sont venus en aide à des adultes et des enfants en Afghanistan, au Libéria, aux Philippines et dans d'autres pays touchés par des crises pour qu'ils puissent faire face à leurs traumatismes et renouer avec une vie familiale et quotidienne normale. Ces programmes ne cherchent généralement pas à rouvrir d'anciennes blessures pour les examiner ; ils visent plutôt à renforcer la résilience naturelle des enfants et la force de la communauté à l'aide de rituels de guérison traditionnels.



J'avais entendu parler des bandits qui violaient les femmes en chemin, mais il fallait que je me rende à Dadaab. Mes enfants et moi nous étions si souvent couchés affamés que je voulais simplement fuir et demander de l'aide... Mes enfants n'ont pas arrêté de pleurer pendant que ces hommes me violaient. J'étais trop fatiguée pour résister, et je les ai laissés faire ce qu'ils ont voulu. J'ai parcouru bien des kilomètres complètement nue, jusqu'à ce que je croise un groupe de femmes qui m'ont donné quelques haillons pour me couvrir.»

– **Fatima, 22 ans,**
Kenya⁴⁷

Les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays courent eux aussi des risques accrus de subir des actes de violence sexiste et sexuelle. La gravité et la fréquence de ces formes de violence sont aggravées par la pauvreté, l'instabilité sociale et l'impuissance qui caractérisent les crises, ainsi que l'atmosphère de violence et d'impunité endémique dans les contextes de conflit. Le viol peut être utilisé comme arme de guerre et méthode de nettoyage ethnique en obligeant les femmes et les filles à porter des enfants de religions ou origines ethniques différentes des leurs. Les femmes et les filles peuvent être forcées à fournir des services sexuels pour pouvoir satisfaire des besoins fondamentaux comme ceux de nourriture, d'eau et de médicaments. Les femmes qui survivent peuvent se retrouver enceintes ou contracter une maladie sexuellement transmissible avec un accès limité aux soins. L'application limitée des lois dans les situations d'urgence permet à la violence sexiste d'avoir lieu sans conséquences judiciaires pour les auteurs de ces actes.

La prévalence en situation de conflit de la violence sexuelle à l'encontre des enfants est choquante. D'après les recherches et l'expérience de programme de Save the Children, les enfants de moins de 18 ans constituent souvent la majorité des victimes de violences sexuelles dans les pays touchés par des conflits. Dans nombre de pays où Save the Children travaille – Afghanistan, Colombie, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Jordanie, Liban, Mali, Myanmar, Territoires palestiniens occupés, Somalie, Soudan du Sud et Syrie – et dans les camps de réfugiés, y compris ceux de l'Éthiopie et du Kenya, des milliers de filles et de garçons sont victimes d'actes de violence sexuelle⁴⁸.

D'après les experts, la prévention de la violence sexuelle et sexiste et la réponse à ces actes de violence devraient faire partie d'un ordre du jour complet pour l'amélioration de la santé reproductive en situations de crise. Parmi les stratégies de prévention, on peut citer les suivantes : faire participer les femmes à la planification des installations de personnes et à la distribution des ressources, identifier les personnes en situation de risque, comme les ménages avec des femmes à leur tête et les mineurs non accompagnés, éduquer les membres des communautés pour réduire l'acceptation par la société de la violence sexiste, en faisant participer activement les hommes aux efforts de

Pour réduire les risques de catastrophe, éduquons les filles

L'éducation de tous les enfants accroît leur aptitude à participer sur les plans social, économique et politique, mais l'éducation des filles donne lieu à des avantages particuliers non seulement pour les filles elles-mêmes, mais aussi pour leurs familles et communautés respectives. De nombreuses études ont conclu que l'éducation des filles constitue l'un des investissements les plus efficaces que puisse effectuer un pays pour sortir les familles de la pauvreté et construire un avenir meilleur. Les filles ayant suivi une éducation, lorsqu'elles grandissent et deviennent mères, tendent à avoir moins d'enfants, mais des enfants en meilleure santé et bénéficiant d'une meilleure éducation. Les données factuelles récentes suggèrent qu'il y a une autre raison puissante d'éduquer les filles – autonomiser les femmes à travers une éducation améliorée réduit la vulnérabilité face à la mort et aux blessures associées aux catastrophes causées par le changement climatique.

« Les pays qui se sont concentrés sur l'éducation des filles ont souffert beaucoup moins de pertes suite aux sécheresses et aux inondations que les pays affichant un niveau inférieur d'éducation des filles », indique un rapport de la Banque mondiale⁹¹. Ce rapport calcule le coût et établit le lien entre le développement et les secours humanitaires, soutenant que « l'éducation des jeunes femmes pourrait constituer l'un des meilleurs

investissements pour la prévention des catastrophes liées au changement climatique ».

Cette analyse a permis de constater qu'un très grand nombre de tragédies liées au changement climatique auraient pu être évitées si plus de pays en développement⁹² avaient des taux d'inscription scolaire de filles équivalents à ceux du pays illustrant les « meilleures pratiques » à leur niveau de revenu. Durant une période de 30 ans (1970-1999), il y aurait eu 61 500 morts de moins durant les inondations (soit 40 pour cent de moins) ; et durant une période de 40 ans (1960-1999), 465 millions de personnes de moins auraient été touchées par les inondations. Le nombre de personnes touchées par les sécheresses aurait été réduit presque de moitié, épargnant du même coup à 667 millions personnes de la possibilité de sombrer dans une situation de pauvreté, d'insécurité alimentaire et de problèmes de santé suite aux sécheresses.

« Mon message à l'intention des femmes du Congo, du Sahel, du monde entier est le suivant : envoyez vos filles à l'école. C'est la meilleure chose que vous puissiez faire pour leur avenir », a déclaré Kristalina Georgieva, Commissaire européenne chargée de la Coopération internationale, de l'aide humanitaire et de la réaction aux crises⁹³.

prévention de ce type de violence, et mettre au point un système confidentiel de dénonciation. Parmi les stratégies d'intervention figurent : la contraception d'urgence pour empêcher les grossesses, le traitement prophylactique pour réduire au minimum les chances de transmission du VIH, l'assistance psychologique aux victimes et l'aiguillage vers les entités compétentes de soutien juridique⁴⁹.

Cependant, les efforts en vue de lutter contre la violence sexiste et sexuelle continuent d'être sous-financés. Une récente étude menée par CARE sur l'aide apportée par les bailleurs de fonds suite à des appels urgents pour 17 pays en situation de crise a constaté que seul un minuscule pourcentage de l'aide internationale est dirigé vers des projets qui ciblent spécifiquement des questions de genre comme la violence sexiste et l'exploitation sexuelle des femmes dans les crises humanitaires⁵⁰. Les recherches menées par CARE en 2013 ont constaté qu'aucun pays n'avait consacré plus de 5 pour cent de son budget d'aide aux situations d'urgence à des interventions ciblées visant à promouvoir l'égalité entre les sexes⁵¹. Les mesures visant à résoudre ces questions dans les contextes post-conflit – dans le cadre des efforts d'établissement de la paix et de reconstruction – ne font pas non plus l'objet d'une attention suffisante. Récemment, Ban Ki-moon, le Secrétaire général des Nations Unies, a fixé la cible suivante : la finalité première de 15 pour cent de tous les projets mis en place post-conflit devrait concerner les besoins spécifiques des femmes, favoriser l'égalité entre les sexes ou autonomiser les femmes⁵².

Mariage précoce

Dans de nombreux pays en développement, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement font partie des principales causes de décès pour les filles âgées de 15 à 19 ans⁵⁴. Environ 70 000 adolescentes dans les pays en développement meurent tous les ans de causes liées à la maternité⁵⁵. Les mères les plus jeunes – celles qui ont 14 ans ou moins – courent les plus grands risques. Leur corps n'a souvent pas la maturité physique suffisante pour accoucher d'un bébé sans risque, de sorte que la grossesse comporte des risques considérables de mort ou de blessure pour la jeune mère et son bébé⁵⁶. Les filles qui tombent enceintes avant l'âge de 15 ans dans des pays à revenu bas et intermédiaire présentent un risque deux fois plus important de décès maternel que les femmes plus âgées (y compris les adolescentes plus âgées), en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud⁵⁷. Les filles âgées de 15 à 19 ans courent aussi un risque supplémentaire par rapport aux femmes âgées de 20 à 24 ans^{58, 59}.

Les difficultés d'une jeune mère sont souvent transmises à son enfant, qui commence sa vie en position de désavantage. Les enfants de mères adolescentes sont plus susceptibles de naître prématurément et de présenter une insuffisance pondérale à la naissance que les enfants de femmes de plus de vingt ans. Ils sont plus susceptibles d'être mort-nés et de mourir durant le premier mois de leur vie, et ont moins de chances de survivre au-delà de leur petite enfance. Tous les ans, environ un million d'enfants de mères adolescentes ne vivent pas jusqu'à leur premier anniversaire. Les bébés qui survivent sont moins susceptibles de recevoir des soins de santé adéquats et des aliments nutritifs. Et ils sont plus susceptibles d'être pauvres toute leur vie durant^{60, 61}.

Étant donné que la plupart des grossesses adolescentes dans les pays présentant un fort taux de ces grossesses ont lieu dans le cadre du mariage⁶², il est crucial de lutter contre le mariage infantile pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Les taux de mariage infantile sont souvent élevés dans les contextes fragiles où les lois régissant l'âge légal de mariage sont faiblement appliquées



Mon père me dit que je suis très belle. Je lui rapporterai beaucoup de vaches quand il me mariera. Il dit que je ne devrais pas me préoccuper de suivre une éducation – juste rester à la maison et attendre de me marier. Durant la sécheresse de l'an dernier, j'ai dû abandonner l'école pour m'occuper du bétail de mon père. Parfois, je pleurais. Je suis traitée comme un bien dont on peut se débarrasser à tout moment. Ici, dans notre village, la plupart des filles se marient avant l'âge de 14 ans pour protéger leur famille des effets de la sécheresse et de la pauvreté. Si une fille n'est pas mariée à 17 ans, les hommes commencent à l'éviter. Ils la traitent de vieille femme, et elle risque ensuite de ne jamais se marier.»

– **Martha, 10 ans,**
Soudan du Sud⁵³

et où ce sont souvent les normes traditionnelles qui priment. La plupart des 25 pays affichant le plus fort taux de mariage infantile sont considérés comme des États fragiles ou présentant de forts risques de catastrophes naturelles⁶³. Mais le nombre de mariages d'enfants peut aussi augmenter durant les situations d'urgence humanitaire, alors que les parents tentent de faire face à la crise et de protéger leurs filles du mieux qu'ils peuvent.

Pour les parents, marier leurs jeunes filles relève souvent d'une stratégie de survie, dont l'objectif est d'apporter des revenus à la famille et de conférer une forme de protection à la fille. Mais tous les avantages émanant de ces arrangements s'accompagnent de risques et d'inconvénients considérables. Si une fille est scolarisée au moment de son mariage, elle abandonnera généralement l'école et mettre ainsi fin à son éducation. Les très jeunes mariées ont souvent plus de mal à se faire entendre et exercent moins d'influence au sein de leur nouveau contexte familial que les épouses adultes, y compris sur des questions qui peuvent être cruciales pour la santé maternelle, comme le moment et l'espacement de leurs accouchements et le recours à des moyens de contraception. Les enfants nés moins de deux ans après un frère ou une sœur sont deux fois plus susceptibles de mourir avant leur premier anniversaire que ceux qui naissent au moins trois ans après leur frère ou sœur aîné(e)⁶⁴.

Les stratégies de prévention du mariage infantile ne sont pas bien développées ou largement mises en œuvre. Les organisations de la société civile ont remporté un succès limité dans le cadre d'initiatives comme la collecte de données factuelles, le suivi des incidents et l'organisation d'activités d'autonomisation des filles et de sensibilisation des adultes. Mais le mariage infantile ne figure pas actuellement dans les lignes directrices visant à prévenir et à réagir à la violence sexiste dans les situations d'urgence⁶⁵ et ces stratégies ne sont pas encore pleinement intégrées dans les plans d'intervention humanitaire de la plupart des groupes d'aide.

Planning familial

Le planning familial contribue à sauver la vie de femmes et d'enfants et protège leur santé en prévenant des grossesses inopportunes et non désirées, réduisant du même coup l'exposition des femmes aux risques pour la santé que comportent l'accouchement et l'avortement et conférant aux femmes, qui sont souvent les seules personnes à dispenser des soins, plus de temps pour s'occuper de leurs enfants et d'elles-mêmes.

Ainsi, l'aptitude d'une femme à espacer ses grossesses et à en limiter le nombre a un impact direct sur des engagements plus larges à l'échelle mondiale, comme les Objectifs du Millénaire pour le développement. L'accès universel au planning familial volontaire a aussi été reconnu dans les accords internationaux comme un droit de l'homme⁶⁷.

L'accouchement dans de nombreux pays dotés de faibles ressources présente des risques énormes pour la mère et l'enfant, mais ces risques sont encore plus importants durant une crise humanitaire. On estime qu'une femme en âge de procréer sur cinq sera enceinte à tout moment⁶⁸ et que 40 pour cent de ces



Éthiopie



Éthiopie



Cela faisait trois jours que j'avais des douleurs, alors ma belle-mère m'a conduite à l'hôpital. J'ai accouché d'un petit garçon après avoir perdu beaucoup de sang et souffert les pires douleurs de ma vie. Lorsque mon fils avait à peine huit mois, je suis retombée enceinte. J'étais très faible et ai fait une fausse-couche. Je ne le savais pas, mais j'étais anémiée. Le médecin m'a dit que je devrais attendre trois ans, pour pouvoir me reposer et me refaire une santé avant de tomber à nouveau enceinte. »

– **Sobia, 27 ans,**
Pakistan⁶⁶

grossesses ne seront pas planifiées⁶⁹. Dans les contextes de crise, l'accès aux services de planning familial risque d'être encore plus difficile et, à certains endroits, inexistant, du fait de la perturbation des services de santé et des chaînes d'approvisionnement. Les attitudes patriarcales et les normes culturelles négatives peuvent rendre encore plus difficile aux femmes l'accès à ces services.

Nombre d'organisations humanitaires internationales intervenant dans des situations d'urgence naturelles et causées par l'homme incluent désormais des articles de planning familial dans leurs kits d'intervention d'urgence. Save the Children a intensifié l'attention qu'elle porte à l'élargissement de l'accès au planning familial dans les situations d'urgence et l'organisation intègre désormais ces services comme une pratique standard dans toutes les interventions de santé en situation d'urgence. De plus, Save the Children s'est associée au FNUAP pour veiller à ce que les besoins des adolescentes en matière de santé sexuelle et reproductive soient satisfaits dans les situations d'urgence.

Accès équitable à des soins de qualité

Lorsque les familles ont du mal à faire face à la situation et à survivre, même des honoraires modestes ou autres frais directs font qu'elles remettent à plus tard leur quête de soins de santé de base ou y renoncent complètement. Ainsi, les enfants peuvent ne pas faire l'objet de soins qui les protègent de maladies évitables ou de traitements contre des causes communes de maladies infantiles comme la diarrhée, la pneumonie et le paludisme. Les femmes enceintes accouchent parfois seules parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer un médecin ou une sage-femme. Les mères peuvent négliger leur propre santé pour pouvoir acheter de la nourriture et des médicaments pour leurs enfants.

Les frais directs imposés aux usagers de services de santé ont un effet discriminatoire à l'égard des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables qui sont le moins en mesure de les payer⁷¹. Malheureusement, les paiements directs inabordables à verser pour obtenir des soins de santé essentiels seront le plus probablement exigés dans des situations fragiles et touchées par des conflits où les systèmes de santé publique sont faibles. Le principe humanitaire d'impartialité et le droit à la santé devraient orienter les systèmes de santé en tous lieux et dans toutes les interventions humanitaires, qu'elles soient menées dans des contextes fragiles ou des situations d'urgence, pour veiller à ce que les soins de santé primaires soient dispensés sur la seule base des besoins et pour qu'ils soient abordables pour tous⁷².

L'usage que font les gens des services de santé dépend de plusieurs facteurs : s'il leur sera demandé des frais ou non, s'ils s'attendent ou non à trouver des membres du personnel de santé qualifiés qui sont réactifs, accueillants et bien informés, et s'ils peuvent accéder aux médicaments qui leur ont été prescrits. Pour être efficace, la suppression du caractère payant des services de santé dans les situations de crise devrait s'accompagner d'améliorations de la qualité de ces services. Cela suppose un approvisionnement accru en médicaments, une formation améliorée et des salaires adéquats pour le personnel de santé, la reconstruction des installations et un soutien pour la gestion et la supervision.

La suppression totale ou partielle des frais dans les établissements de soins publics doit être soigneusement planifiée entre les autorités appropriées, les agences humanitaires et les bailleurs de fonds pour veiller à ce que d'autres sources de revenus soient mises à disposition durant une crise pour parvenir au résultat net de l'amélioration de l'accès aux services de santé. Cela contribuera aussi au relèvement du secteur de la santé une fois la crise terminée⁷³.



J'ai donné naissance à six enfants. Trois d'entre eux sont morts dans la semaine suivant leur naissance. Ils sont morts parce que le traitement disponible était insuffisant. Nous ne pouvons pas aller chez un médecin parce que nous n'en avons pas les moyens. Chaque fois qu'un enfant naît et meurt, nous sommes terrassés par le chagrin. C'est terrible. Je ne suis pas la seule ici à avoir perdu des enfants – il y a beaucoup d'autres mères comme moi. »

– **Shefali**, district de Habiganj, Bangladesh⁷⁰



Bangladesh



Tacloban, Philippines

Les catastrophes naturelles récurrentes mettent à dure épreuve la résilience des Philippines

Le 8 novembre 2013, le typhon Haiyan s'est abattu sur la côte est des Philippines et a balayé toute la partie centrale de cette nation insulaire, faisant de nombreuses victimes et occasionnant d'importants dégâts sur les logements, les moyens de subsistance et les infrastructures dans neuf des régions les plus pauvres du pays². Ce typhon de catégorie 5 aurait été l'un des cyclones de plus grande envergure et les plus destructeurs à avoir jamais touché terre³.

Les vagues gigantesques, les pluies torrentielles, les crues soudaines et les glissements de terrain qui ont accompagné Haiyan ont endommagé 1,1 million de logements⁴ et dévasté les services essentiels dans les zones les plus gravement touchées, laissant les communautés privées d'un accès suffisant à la santé, à l'eau, à l'assainissement et à l'éducation⁵. Selon les chiffres officiels, 16 millions de personnes – soit plus de 16 pour cent de la population du pays – ont été touchées par la tempête, 4,1 millions ont été déplacées, 6 293 tuées, 1 061 sont toujours portées disparues, et 28 689 ont été blessées⁶. Au moins 10 millions de femmes et d'enfants ont été touchés (soit 72 pour cent de la population sinistrée)⁷.

Les Philippines figurent parmi les pays du monde les plus sujets aux catastrophes⁸. Ces dernières décennies, les phénomènes météorologiques extrêmes sont devenus plus fréquents, et les experts prévoient que cette tendance va se poursuivre⁹. Haiyan a été le troisième typhon d'envergure à s'être abattu sur les Philippines en autant d'années. Le typhon Bopha a été la catastrophe la plus meurtrière du monde en 2012 ; il a fait presque 2 000 morts, a déplacé près d'un million de personnes et en a touché plus de 6 millions dans l'île de Mindanao. En 2011, le typhon Washi a tué plus de 1 400 personnes et en a déplacé 430 000 dans le nord de Mindanao^{10, 11}.



Quelques heures après que Haiyan eut frappé, on a fait appel à moi pour que j'aide une jeune femme qui accouchait chez elle. Elle avait 18 ans et c'était son premier bébé. J'avais peur d'y aller. Il faisait noir, l'eau s'infiltrait partout et le bruit du tonnerre était assourdissant. La route n'était pas praticable et il y avait des débris partout, mais c'était mon devoir. À mon arrivée, la maison avait été gravement endommagée et était insalubre. Elle était inondée, tout était détrempé et la femme était dans un état instable. Le vent hurlait et elle criait à chaque contraction. J'avais peur qu'il y ait des complications intrapartum. Se rendre à un hôpital n'était pas une option. C'était une situation de vie ou de mort. La femme disait : « Ate Irene, j'ai si peur », et moi je lui répondais « Je suis ici pour t'aider, n'aie pas peur. » Le risque était très important, mais nous l'avons géré. Elle a accouché d'un petit garçon et il n'y a pas eu de complications. »

– Irene Cornista, sage-femme¹



Les Philippines, pays à revenu intermédiaire doté d'une économie en croissance, a accompli de bons progrès en matière de survie maternelle et infantile au cours des dernières décennies. C'est un pays dont on considère qu'il est sur la « bonne voie » pour atteindre l'ODM 4 (son taux de mortalité infantile étant de 30 morts pour 1 000 naissances)¹² et qu'il « fait des progrès » vers l'ODM 5 (avec un taux de mortalité maternelle de 99 décès pour 100 000 naissances)¹³. Cependant, il y a des iniquités considérables sur le plan de l'accès aux soins de santé et des résultats en matière de santé entre groupes socio-économiques, et un important moteur de l'iniquité a été le coût élevé des soins de santé.

En 2010, les Philippines ont lancé un important effort de réforme dans le but de parvenir à la couverture universelle, d'accroître le nombre de familles pauvres inscrites au système d'assurance santé national, de proposer des avantages plus complets et de réduire ou d'éliminer les co-paiements¹⁴. Officiellement, 83 pour cent de la population s'est inscrite à PhilHealth (le programme d'assurance nationale), bien que le taux de couverture (c.-à-d. les personnes qui sont réellement en mesure de se rendre à l'hôpital) est estimé à moins de 75 pour cent¹⁵.

La fréquence et la gravité croissantes des catastrophes au cours des quelques dernières années ont poussé certains à se demander si les Philippines seront en mesure de maintenir leurs progrès par rapport aux OMD. Les experts de la santé sur le terrain disent qu'il est encore trop tôt pour tirer des conclusions. Jusqu'ici, les pics localisés et à court terme de la mortalité infantile et maternelle ayant résulté des catastrophes n'ont pas été assez marqués pour éroder les programmes nationaux à long terme. Les efforts robustes du gouvernement philippin et de la communauté humanitaire ont de façon générale réussi à empêcher une crise humanitaire généralisée après Haiyan¹⁶. Par ailleurs, les Philippines n'ont pas cessé d'améliorer leur préparation aux catastrophes et leur aptitude à protéger leur population. Mais les responsables de la santé s'inquiètent de ce qui pourrait arriver si des typhons de l'envergure de Haiyan et Bopha continuent de s'acharner sur leur pays. Il pourrait se révéler de plus en plus difficile de reconstruire sans cesse les infrastructures de santé¹⁷.



Tacloban, Philippines

Dégâts subis par le système de santé

Haiyan – connu au niveau local sous le nom de Yolanda – a ravagé des milliers d'hôpitaux et de dispensaires médicaux dans neuf provinces des Philippines. Le Département de la santé a estimé que 82 pour cent des établissements de soins dans les zones touchées ont été endommagés et que 1,1 million de personnes, y compris 163 000 enfants de moins de cinq ans, ont ainsi souffert à cause de services de santé primaires sous-optimaux, conséquence du non-fonctionnement des établissements de soins¹⁹. Les évaluations menées ont constaté que plus de 2 250 établissements de soins avaient été endommagés ou détruits²⁰. Des centaines de ces installations étaient peut-être des stations de santé de *barangay* (village) qui assurent des services de santé primaires et d'accouchement au service des membres de communautés de petite envergnure²¹.

Bien que l'on ne sache pas exactement combien d'agents sanitaires ont été tués ou blessés durant le typhon Haiyan, jusqu'à 50 pour cent d'entre eux ne se sont pas présentés à leur lieu de travail durant les semaines ayant suivi la tempête dans les zones gravement touchées de Leyte et du Samar oriental²². La plupart des survivants avaient perdu leurs logements et leurs proches et avaient besoin d'un soutien psychosociologique²³. « Vers le milieu de la tempête, l'une des sages-femmes a reçu un appel téléphonique l'informant que le domicile de sa propre famille avait été complètement emporté par le cyclone », raconte le Dr Greg Rolan Sumile, à Estancia. « Elle était si bouleversée et distraite que je lui ai dit qu'elle devait partir chercher ses êtres chers et s'occuper d'eux. Nous avons perdu beaucoup de membres du personnel de cette manière. Au final, nous n'étions plus que quatre. »²⁴

Malgré ces défis, de nombreux établissements de soins étaient encore en mesure de fonctionner et de fournir des services de santé essentiels à l'abri de bâches et de tentes²⁵. Des équipes médicales locales et étrangères qui avaient été déployées dans les zones touchées ont aussi contribué à maintenir la disponibilité de services de santé au lendemain du typhon, et ce pendant quelques semaines.

Il n'est pas étonnant que de nombreux établissements de soins aient signalé une augmentation du nombre de patients et des difficultés rencontrées dans le traitement de tous ceux qui en avaient besoin²⁶. « Nous voyons beaucoup plus de patients maintenant qu'avant le typhon », a expliqué Judith Dalton, infirmière à Estancia. « Nous faisons face à la situation en travaillant plus longtemps et en effectuant des tâches que n'avions pas l'habitude de faire »²⁷.

La plupart des équipes médicales d'urgence sont maintenant parties, et le système de santé des Philippines ne s'est pas encore complètement relevé. « Les infirmiers ont l'air épuisés sur les plans physique et émotionnel », témoigne Krista Zimmerman, membre du personnel de Save the Children. « Il est clair que la situation d'urgence a eu une incidence sur leur santé et leur bien-être. Nombre de soignants ont eux-mêmes besoin d'être soignés. »

Les dégâts subis par les dossiers médicaux et les systèmes informatiques sont aussi susceptibles d'avoir des conséquences négatives à long terme. De nombreux registres et bases de données municipaux ont été détruits et endommagés durant l'onde de tempête, ce qui fait qu'il est difficile non seulement de savoir exactement combien de décès maternels, néonataux et infantiles se sont produits durant les premières journées et semaines ayant succédé à Haiyan, mais aussi de reprendre les activités normales (par exemple veiller à administrer aux enfants leurs vaccinations de routine).



Beaucoup de choses ont changé. Avant, je me concentrais sur les consultations avec des patients non hospitalisés, mais maintenant, ce que je fais le plus, c'est signer leurs actes de décès. Ça me brise le cœur. L'accès aux services de soins de santé – et en particulier en matière de santé reproductive – est temporairement paralysé à cause de la destruction entraînée par le typhon Haiyan.»

– Dr Arlene Santo,
Tanauan¹⁸

Accoucher dans une zone sinistrée

Au moment où le typhon est survenu, il y avait 250 000 femmes enceintes dans les zones touchées et presque 70 000 devaient accoucher durant les trois premiers mois de 2014²⁹. Cela revenait à plus de 750 naissances par jour prévues dans les zones touchées, dont plus de 100 susceptibles de comporter une complication potentiellement mortelle.

Avant le typhon, le pourcentage de femmes des zones les plus gravement touchées qui accouchaient dans des établissements de soins pouvait atteindre 70 à 80 pour cent³⁰ – on estime que ce pourcentage a considérablement diminué. De nombreuses maternités ont été complètement détruites ou gravement endommagées dans les Visayas orientales, ce qui a limité l'accès à des services d'accouchement sans risque et mis les mères, ainsi que les bébés, dans une situation de risque important de mort ou d'autres problèmes³¹. Une évaluation de 52 établissements de soins de santé reproductive a constaté que plus de la moitié d'entre eux avaient signalé de graves dégâts structurels sur leurs bâtiments. Un mois après Haiyan, 16 des 37 établissements (soit 43 pour cent) des Visayas orientales étaient toujours privés d'électricité et 10 (27 pour cent) n'avaient pas accès à l'eau salubre³².

Les sages-femmes et les médecins de Tacloban avec lesquels nous nous sommes entretenus aux fins de ce rapport ont affirmé que les femmes sont plus nombreuses à accoucher à leur domicile, sans accoucheur qualifié, en particulier celles qui vivent dans des zones isolées. « J'ai observé qu'il y a des mères qui ne reçoivent pas suffisamment de soins obstétricaux à cause de leur éloignement du centre médical et des difficultés liées au transport », a expliqué une sage-femme de San Dionisio³³.

Les sages-femmes décrivent aussi des situations où elles ont fait naître des bébés dans des conditions très difficiles. À Tacloban, elles ont dit qu'il n'y avait pas assez de fournitures et d'équipement de base (y compris une table d'accouchement), et que les salles d'accouchement avaient subi des dégâts. Le centre d'accouchement de San Dionisio avait des fenêtres cassées et un toit endommagé et il était inondé. Un autre centre, à Concepción, était lui aussi inondé. À Carles, une sage-femme a expliqué qu'il n'y avait tout simplement « pas de place pour que la mère puisse accoucher ». Dans toutes les zones, les accoucheurs ont décrit avoir aidé des femmes à donner naissance sans électricité, avec pour toute source de lumière des torches et des bougies. Un médecin de



Ressentir les douleurs de l'accouchement et donner naissance au milieu d'une catastrophe naturelle est la chose la plus difficile que j'ai faite de ma vie. J'avais si peur de donner naissance au bébé dans le centre d'évacuation alors qu'il n'y avait pas là de professionnels à même de s'occuper de moi. Ma tension artérielle était extrêmement élevée. L'un des médecins a dit à mon mari que la vie du bébé et la mienne étaient en danger.»

– **Lolita, 34,**
Tacloban²⁸

Trois mois après le passage du typhon Haiyan, dans de nombreuses zones les services de santé n'avaient pas encore été rétablis. Anayn, 18 ans, a dû accoucher au bord de la route parce que son mari et elle n'ont pas réussi à se rendre à un dispensaire à temps. Heureusement, quelqu'un est parti en courant chercher Norina Malate, sage-femme, qui a fait naître le petit garçon.



Tacloban, dans sa description d'un accouchement particulièrement difficile, a dit que « le chaos qui régnait a grandement compliqué les choses ». Le manque d'intimité a aussi été cité comme une difficulté par les sages-femmes et les médecins de Tacloban.³⁴

Un docteur de *Médecins Sans Frontières* qui a passé deux mois à gérer un hôpital gonflable à Tacloban explique que son équipe a « vu de nombreux cas de pré-éclampsie – hypertension pendant la grossesse, qui peut être très dangereuse. En situation normale, le taux de pré-éclampsie est élevé aux Philippines, mais le stress associé au typhon semble l'avoir encore accru. »³⁵. Une sage-femme de Pontevedra a remarqué une tendance similaire et confié à Save the Children qu'« il y avait un plus grand nombre de cas d'hypertension » parmi les mères.

Les sages-femmes des Philippines disent que de nombreuses mères étaient très angoissées pendant leur accouchement. Se souvenant de naissances récentes auxquelles elles avaient assisté, les sages-femmes ont décrit les mères comme « effrayées et honteuses », « stressées et craintives », « apeurées et nerveuses », « inquiètes pour la famille qu'elles avaient laissée chez elles », « en proie à la panique », et « déprimées, désorientées et tristes ». Une sage-femme de Pontevedra a dit que les mères « ont peur parce que certaines d'entre elles ne peuvent pas savoir quand un typhon surviendra à nouveau ». Une sage-femme de Palo, près de Tacloban, se rappelle avoir entendu une mère dire « *Makapoy la pirmi* » (« Je suis toujours fatiguée »)³⁶.

Soins néonataux compromis

Aux Philippines en général, un pourcentage croissant de décès des enfants moins de cinq ans surviennent parmi les nouveau-nés âgés de moins d'un mois³⁸. Le nombre de ces décès, qui sont pour la plupart évitables, a probablement augmenté après le typhon Haiyan.

Il n'y a pas de statistiques fiables, mais divers rapports suggèrent que le manque de soins néonataux a eu des conséquences fatales durant les jours et les semaines ultérieurs à la tempête. Une évaluation précoce de 110 établissements de soins répartis sur 22 municipalités des provinces Samar oriental, Samar occidental et Leyte oriental a indiqué que seulement 7 pour cent d'entre eux étaient en mesure d'assurer un accouchement salubre et sûr, ce qui soumettait les mères et les nouveau-nés au risque d'infections. La réanimation néonatale pour les bébés requérant une aide pour respirer n'était disponible que dans 4 pour cent des établissements de soins³⁹. Il est probable que la situation s'est améliorée avec l'arrivée des équipes médicales, de kits d'accouchement salubre et d'articles de soins néonataux mais, un mois après le typhon, un observateur au Samar oriental a remarqué que « seul un petit nombre des équipes médicales qui sont arrivées dans la zone se concentrent sur les accouchements sans risque et seule une poignée d'établissements sont en mesure d'assurer des interventions chirurgicales d'urgence ». Ces chiffres sont tout particulièrement inquiétants au vu du fait que 75 pour cent des femmes enceintes présentaient apparemment des risques importants dans au moins une zone du Samar oriental⁴⁰.

Dans un centre médical des Visayas orientales, plusieurs bébés sont morts de problèmes normalement traitables, comme l'hypothermie et l'hypoglycémie, souvent parce que les infirmiers n'étaient pas en mesure d'examiner correctement les nouveau-nés pendant la nuit à cause du manque de lumière électrique⁴¹. À Concepción, une sage-femme a dit à Save the Children que deux nouveau-nés étaient morts des suites d'une hypothermie sévère et de leur prématurité⁴². Un nouveau-né a aussi péri dans les Visayas centrales « du fait du manque d'installations qui auraient permis de le soigner »⁴³.



Il est difficile d'avoir un nouveau-né au lendemain d'un typhon. J'ai très peur qu'elle tombe malade parce que les hôpitaux et les centres médicaux sont surpeuplés et inaccessibles. Je dois être forte non seulement pour moi mais aussi pour ma famille. »

– **Lolita, 34 ans,**
Tacloban³⁷

Quatre mois après le typhon, seulement la moitié des communautés touchées avaient vu leurs centres médicaux rouvrir leurs portes⁴⁴. Les difficultés rencontrées pour assurer des services cruciaux d'accouchement et de soins néonataux étaient tout particulièrement importantes à Tacloban et Leyte.⁴⁵



Je m'inquiète de la santé de mes jumeaux. J'ai essayé de les allaiter pendant un mois, mais je n'avais pas de lait, alors j'ai décidé d'arrêter. C'était dur lorsque les jumeaux sont tombés malades après le typhon. Je voulais leur donner le lait dont ils avaient besoin. Nous manquions d'argent et nos problèmes étaient aggravés par les difficultés que j'avais à allaiter.»

– **Mernita**, 33 ans,
Tacloban⁴⁶

Difficultés sur le plan de l'allaitement

Avant le typhon, la plupart des mères des zones touchées allaitaient leurs bébés, et elles semblaient être plus nombreuses à avoir conscience des avantages de l'allaitement précoce et exclusif⁴⁸. Après le typhon, une variété de facteurs semblent avoir entraîné un déclin de l'allaitement maternel, ce qui fait courir aux nourrissons un risque plus important de maladie et de mort.

Quelques semaines après la tempête, quelques nouvelles mères ont dit qu'elles ne pouvaient pas allaiter autant qu'avant à cause du stress entraîné par le typhon⁴⁹. Une évaluation précoce a mis en évidence le fait que le déclin de l'allaitement était la première préoccupation liée à l'alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge signalée au niveau des villages, et que 21 pour cent des communautés indiquaient des problèmes liés à un allaitement insuffisant⁵⁰. Les membres du personnel de Save the Children ont aussi remarqué qu'un nombre considérable de mères choisissaient de recourir au lait maternisé au lieu du lait maternel après le typhon⁵¹. De plus, bien que les données factuelles recueillies ne soient pas concluantes, les résultats d'une enquête menée en mars 2014 suggèrent qu'un nombre largement inférieur de nourrissons dans les zones touchées par le typhon sont allaités (un tant soit peu ou exclusivement) par rapport aux moyennes régionales d'avant le typhon⁵².



En situation d'urgence, nourrir les bébés au biberon est très compliqué. Vous devez vous équiper, posséder un biberon et trouver de l'eau salubre et le moyen de nettoyer le biberon. L'allaitement au sein est tellement plus simple.»

– **Abigail**, 25 ans,
Île Bayas⁴⁷

Rester forte après le typhon Haiyan

Lorsque le typhon Haiyan s'est abattu sur leur ville, Jacqueline et ses enfants se sont retrouvés sans abri et complètement démunis : ni vêtements, ni eau, ni nourriture. « Durant la tempête, j'ai pleuré parce que mon enfant a été blessé par une branche. Je croyais qu'il était mort », raconte-t-elle. « Il n'est rien resté de notre maison. Mes enfants ont souffert de la faim et du froid. »

Mais Jacqueline, 33 ans, a refusé de laisser tomber ses enfants. Elle a ramassé des morceaux de bois pour construire un toit temporaire. « J'étais déterminée parce qu'il m'était difficile de voir mes quatre enfants souffrir. J'ai demandé du bois, des clous et des branches de bambou à différentes personnes. Malgré la pluie incessante après la tempête, j'étais sur le toit, à le reconstruire. J'ai fait tout cela en deux jours à peine. »

Une fois qu'elle a reçu de l'argent et une formation en menuiserie de Save the Children, elle a reconstruit leur maison temporaire et en a fait un abri plus solide et plus sûr pour ses enfants. « Je conseille aux autres femmes de rester fortes pour le bien de leurs enfants, de ne pas paniquer. Je me félicite d'avoir terminé ma formation en menuiserie et serais plus qu'heureuse de faire part de mes connaissances à d'autres femmes⁷⁰. »



Si le manque de connaissances est bien un facteur qui empêche les mères d'allaiter, certains estiment que la pauvreté joue peut-être un rôle plus important. « Il faut vraiment donner la priorité aux moyens de subsistance pour venir en aide à nombre des familles qui ont subi les effets du typhon Yolanda », a déclaré Cathey Delos Santos, agente de développement du bien-être social pour la municipalité d'Estancia. « Elles n'ont plus rien, et n'ont pas non plus de moyen de gagner un revenu, et c'est à cela qu'elles pensent avant tout ». De nombreuses mères qui ont cessé d'allaiter disent que c'est parce qu'elles n'ont plus de lait, mais nombre d'entre elles ont simplement besoin d'une instruction supplémentaire sur les techniques qui les aideraient à continuer à produire du lait, explique Mme Delos Santos. Beaucoup de mères vont aussi travailler à Manille (la capitale), ce qui a une incidence sur les soins et l'alimentation reçus par leurs enfants. « Sans source de revenu, les familles ne seront pas en mesure d'investir dans la nutrition et la santé maternelle/infantile. »⁵³

À la mi-décembre 2013, de nombreuses communautés ont signalé qu'il y avait eu des distributions de lait en poudre et de lait maternisé (jusqu'à 28 pour cent des zones côtières des Visayas orientales avaient reçu du lait en poudre donné)⁵⁴. La distribution non ciblée de substituts du lait maternel (SLM) peut dissuader les nouvelles mères d'allaiter, saper les bonnes pratiques d'allaitement et exacerber le risque de maladie et de malnutrition parmi les nourrissons et les enfants en bas âge⁵⁵. Malgré les préoccupations initiales et les témoignages émanant du terrain, les distributions de SLM semblent n'avoir eu lieu qu'à une échelle relativement réduite. Les installations hospitalières et médicales, par exemple, ont maintenu leur politique stricte contre la distribution de SLM après Haiyan⁵⁶.



Une fois le typhon et l'onde de tempête passés, nous avons immédiatement conduit Erol à l'hôpital. Nous n'avons pas pu entrer dans le premier hôpital parce qu'il avait subi des dégâts et qu'il n'avait pas de médicaments. Il avait de la fièvre et la diarrhée et ses poumons étaient remplis d'eau. Trois jours après le typhon, nous sommes venus ici. C'est un environnement terrible pour un enfant. Erol tombe malade beaucoup plus souvent qu'avant. C'était un bébé heureux, qui souriait tout le temps. Mais depuis le typhon, j'ai remarqué qu'il est devenu plus irritable et sensible. Le changement a été immédiat. »

– **Elaine, 22 ans,**
Tacloban⁵⁷

Menaces pour la survie des enfants

Avant le typhon, de nombreux jeunes enfants des zones touchées étaient déjà mal nourris et vulnérables face à la maladie. D'après les estimations, entre 5 et 11 pour cent d'entre eux souffraient de malnutrition aigüe ; entre 9 et 30 pour cent n'avaient pas été vaccinés contre la rougeole et d'autres maladies ; et entre 40 et 50 pour cent des enfants souffrant de diarrhée et de pneumonie n'étaient pas soignés⁵⁸. Les Visayas orientales, par exemple, affichaient l'un des taux les plus élevés de mortalité des enfants de moins de cinq ans des Philippines, étaient classées en dessous de la moyenne nationale en matière de couverture vaccinale et présentaient l'un des pires bilans de santé, y compris une incidence plus élevée que la moyenne de diarrhée et de fièvre parmi les jeunes enfants⁵⁹. Les dégâts occasionnés par le typhon sur les revenus des ménages et le système de santé ont certainement aggravé la situation pour ces enfants et font qu'un plus grand nombre d'entre eux risquent de mourir.

L'évaluation de 110 établissements de soins dans les provinces Samar oriental, Samar occidental et Leyte oriental a indiqué que la plupart des établissements de soins n'avaient pas de médicaments et de matériel permettant de sauver des vies. Seulement 24 pour cent des établissements étaient en mesure d'administrer des immunisations ; le taux de gestion des maladies infantiles était estimé à 18 pour cent et le traitement de la malnutrition aigüe à 5 pour cent. Plus de 80 pour cent des installations avaient besoin de solutions de réhydratation orale pour traiter les cas de diarrhée et 71 pour cent n'avaient pas suffisamment d'antibiotiques pour traiter les cas de pneumonie⁶⁰.

Deux mois après le typhon, le Département de la santé avait documenté plus de 4 000 cas de diarrhée aqueuse aigüe, dont la moitié parmi des enfants de moins de cinq ans⁶¹. Dans le cadre des groupes de discussion, des femmes enceintes et allaitantes de toutes les zones touchées ont dit que les enfants ainsi que les adultes souffraient de diarrhée à cause de l'eau insalubre⁶².

Le nombre de cas de pneumonie a lui aussi augmenté après le typhon, en particulier parmi les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées. Cela a été attribué à des abris et des aliments inadéquats⁶³, ainsi qu'à l'épuisement, aux allergies et à l'exposition aux éléments⁶⁴. Une enquête récente a constaté que 37 pour cent des enfants âgés d'entre 6 et 59 mois avaient contracté une infection respiratoire aigüe au cours des deux semaines antérieures⁶⁵.

Les recherches menées sur l'impact historique des typhons aux Philippines (de 1979 à 2008) suggèrent que presque 15 fois plus de nourrissons pourraient mourir en 2014 du fait des conditions en détérioration post-Haiyan que durant la tempête même. Les revenus amenuisés feront que les familles auront moins de moyens à consacrer aux soins de santé, à l'éducation et à l'achat d'aliments nutritifs. Lors des typhons passés, la hausse du nombre de décès s'est surtout produite parmi les nourrissons de sexe féminin. Plus de garçons que de filles meurent *in utero* immédiatement après un typhon ; c'est un fait avéré. Après la naissance, toutefois, le risque de décès parmi les bébés de sexe féminin est plus élevé même si elles n'ont pas de frères et sœurs, mais il double si elles ont une ou plusieurs sœurs aînées, et quadruple si elles ont des frères, d'après cette étude⁶⁶. Ces chiffres suggèrent une concurrence sexospécifique pour accéder aux ressources et pourraient alourdir de plusieurs milliers le bilan des morts causées par Haiyan, pour la plupart des bébés de sexe féminin⁶⁷.

Les enfants veulent de l'aide pour se relever et se préparer en vue de la prochaine situation d'urgence

Save the Children et d'autres ONG ont consulté 174 enfants et jeunes pour découvrir ce qui était le plus important pour eux après avoir survécu au typhon Haiyan. Ils ont dit dans leur grande majorité qu'ils veulent jouer un rôle dans la planification en vue des situations d'urgence futures et qu'ils veulent être mieux préparés pour la prochaine catastrophe.

D'autres enfants ont dit qu'ils voulaient apprendre des compétences pratiques comme la construction d'abris, la science de l'environnement et la pêche. Ils veulent des espaces plus accueillants où les enfants puissent exprimer ce qu'ils ressentent et se sentir apaisés. Et ils veulent que les adultes et les autorités leur expliquent exactement ce qui se passe lorsqu'une catastrophe survient.

Sofia, 15 ans, d'Estancia, a dit : « Nous avons besoin d'aide pour tout reconstruire et nous relever de cette catastrophe. Nous avons besoin d'éducation pour pouvoir être prêts lorsque survient une catastrophe dans notre pays. Nous ne voulons pas juste de l'argent et des dons. Nous avons besoin que vous nous aidiez à nous débrouiller seuls ».

À la question de savoir ce qu'ils veulent voir comme actions prioritaires au cours des mois à venir, une fille a répondu : « Plus de serviettes hygiéniques pour les filles dans les kits scolaires ; ainsi, il nous sera plus facile de nous rendre dans des endroits accueillants pour les enfants, parce que c'est gênant quand on n'en a pas ».

Une autre fille a dit : « Les filles ont besoin de plus d'intimité dans le centre d'évacuation, il n'y a aucune intimité pour se changer et c'est très difficile de prendre un bain dans la salle d'eau, parce que là non plus il n'y a aucune intimité ».

Et un enfant a suggéré : « Les hôpitaux devraient être équipés de panneaux solaires et de plus de groupes électrogènes de secours pour continuer à fonctionner même après une catastrophe et pour aider les blessés, les malades et les femmes enceintes⁶⁹. »



Même maintenant, lorsque le vent souffle, les enfants ont peur parce qu'ils pensent qu'un autre typhon va avoir lieu. Chaque fois qu'il pleut, ils pleurent beaucoup et n'arrêtent pas de dire que la pluie va à nouveau détruire notre maison. Je sens leur peur, je la vois dans leurs yeux. Certains n'ont pas été en mesure de retourner à l'école car ils n'ont pas de vêtements à se mettre ni de fournitures scolaires »

– **Mernita, 33 ans,**
Tacloban⁶⁸





L'urgence au quotidien en République démocratique du Congo

La guerre, la faim et la maladie ont tué plus de cinq millions de personnes en République démocratique du Congo (RDC) depuis 1998². Ce pays s'est trouvé au centre de ce que certains observateurs appellent la « guerre mondiale de l'Afrique », qui a déplacé des millions de personnes et maintenu le système de santé dans un état de délabrement total. Le nombre de morts causées par la guerre de la République démocratique du Congo est équivalent aux pertes qui auraient lieu si le tsunami asiatique de 2004 survenait tous les six mois, et au moins 20 fois supérieur à celui du séisme haïtien de 2010³.

En République démocratique du Congo, il est statistiquement plus dangereux d'être une femme ou un enfant qu'un soldat⁴. Les déplacements forcés, les viols et les abus sont monnaie courante. Et les flambées de rougeole, de choléra et de paludisme, ainsi que d'autres virus, sont fréquentes. Un enfant sur sept ne survit pas jusqu'à son cinquième anniversaire. Et 15 000 femmes meurent tous les ans de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement⁵.

D'après les estimations, 6,3 millions de Congolais ont besoin d'une assistance humanitaire. Sur ce nombre, 1,3 million (soit 21 pour cent de la population dans le besoin) sont des femmes en âge de procréer et 1,2 millions (18,9 pour cent) sont des enfants de moins de cinq ans⁶. Près d'un tiers de la population de la RDC est touchée par la crise de la nutrition (22 millions de personnes) et près d'un million de femmes enceintes et allaitantes sont touchées par la malnutrition aiguë, ce qui a un grave impact sur l'état nutritionnel de leurs enfants⁷.



Il y a TELLEMENT de femmes et de filles déracinées ici, sans famille, sans maison... et leur nombre ne cesse d'augmenter. Vous trouverez des femmes qui vivent dans une petite pièce avec tous leurs enfants, tous ensemble. Ces filles et ces femmes n'ont rien et elles couchent souvent avec un homme en échange d'un peu d'argent, pour pouvoir donner à manger à leurs enfants.»

– **Femme agent de police,**
Kitchanga¹





La force et la compassion des mères congolaises

« Ici, dans son village, la femme est vraiment spéciale », dit Solange, membre du personnel de Save the Children, qui s'efforce de protéger les femmes et les enfants de la violence sexuelle et sexiste dans le territoire de Masisi depuis 1996. « Elle fait tout ce qu'elle peut. Son époux l'aide parfois, mais pas toujours, alors elle est seule à s'occuper des enfants. Elle travaille souvent seule dans les champs et elle est souvent seule lorsqu'elle va vendre des choses au marché pour que ses enfants puissent vivre. Vous la voyez sur la route – toujours chargée de lourds fardeaux. Sans elle, il n'y a pas de vie. »

« La mère est très courageuse », poursuit Solange. « C'est d'ailleurs aussi pour cela qu'elle tombe parfois dans des pièges, parce qu'elle est exposée à de nombreuses situations. Lorsqu'elle se rend au marché, c'est parfois très loin – un trajet qu'elle fait à pied. Sans autre moyen de transport, elle doit parfois se rendre très très loin pour aller chercher des provisions. Elle peut aller d'ici à Pinga, aller-retour, elle peut aller vendre des

boissons dans un lieu proche, pour que ses enfants puissent survivre. C'est quelque chose de très positif parmi les mères que nous voyons dans ces villages.

« Les mères ici sont aussi pleines de compassion. Souvent, des enfants seuls au monde sont accueillis dans des foyers et les mères les traitent comme s'ils étaient leurs enfants. Même s'il n'y a pas de lien du sang entre elle et l'enfant, ce dernier est immédiatement adopté, sans que l'argent ou l'influence n'aient à intervenir. C'est quelque chose que nous avons remarqué ici, en particulier dans les villages. Il y a de nombreux enfants qui ont été abandonnés, qui sont orphelins, sans parents, mais ils trouvent d'autres familles. Et quand vous allez chez eux, rien ne vous indiquera que cet enfant n'est pas celui de cette mère. Vous l'apprendrez peut-être plus tard. Mais il sera très difficile de deviner ce genre de chose, parce que la mère congolaise, elle a une hospitalité très saine, si vous voyez ce que je veux dire⁷⁴. »

Le manque d'investissement dans le système des soins de santé a fait que de nombreux centres de santé et hôpitaux ne sont absolument plus fonctionnels et manquent de personnel médical correctement qualifié et de fournitures médicales⁸. Nombre d'établissements de soins sont par ailleurs privés d'électricité et d'eau⁹. Les salaires des agents gouvernementaux sont bas et leur versement peu fréquent et peu fiable ; apparemment, les agents sanitaires peuvent ne pas recevoir pas de salaire pendant plusieurs mois d'affilée. Les systèmes de gestion des médicaments sont faibles et il n'y a guère de redevabilité, si bien que les prix des médicaments varient d'un endroit à l'autre¹⁰. Dans les zones touchées par le conflit, les membres des groupes armés ne font souvent pas la distinction entre les civils et les combattants, et il n'y a guère de respect pour la neutralité des installations médicales ou les principes humanitaires¹¹.

En dépit des nombreux défis auxquels elle est confrontée, la RDC a fait quelques progrès pour sauver la vie de mères et d'enfants. Elle est parvenue à réduire la mortalité maternelle de 42 pour cent depuis 1990 et est jugée « faire des progrès » vers la réalisation de l'OMD 5¹². Cependant, la RDC est classée parmi les pays qui progressent le moins en matière de survie des enfants. Son taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans n'a pratiquement pas changé pendant vingt ans, à partir de la fin des années 1980. Depuis 2005, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé de 15 pour cent, ce qui constitue une tendance positive, bien que cette réduction soit loin d'atteindre la cible de l'OMD 4¹³.

Accoucher dans une zone en guerre

Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les femmes ont une chance sur 39, durant leur vie entière, de mourir durant la grossesse ou l'accouchement¹⁵. Dans les provinces touchées par le conflit de l'est du Congo – où de nombreuses femmes sont en mauvaise santé et les soins de base requis pour un accouchement sans risque peuvent être désespérément insuffisants – les obstacles sont souvent bien plus énormes. Dans le Nord-Kivu, par exemple, le taux de mortalité maternelle pour la première moitié de 2013 était de 790 morts pour 100 000 naissances vivantes¹⁶, soit presque 50 de plus que la moyenne nationale du Congo et presque 60 pour cent de plus que la moyenne régionale pour l'Afrique subsaharienne¹⁷.

Pourquoi le taux de mortalité maternelle de l'est du Congo est-il si élevé ? Cet état de fait peut s'expliquer en partie par les quatre « trop », d'après Djedje Lukundula, un médecin affilié à l'ONG Merlin qui est basé dans le Nord-Kivu. « Les femmes tombent enceintes trop tôt (avant l'âge de 16 ans), trop tard (après l'âge de 35 ans), trop souvent (la femme moyenne a plus de six grossesses) et à des intervalles trop rapprochés (moins de deux ans entre deux accouchements). » Beaucoup de décès sont aussi le résultat de ce qui arrive trop tard : au moment de la naissance, la décision de se rendre à un dispensaire ou à un hôpital pour recevoir des soins est prise trop tard ; le transport des femmes de leur domicile à l'établissement de soins le plus proche, lequel est souvent très éloigné, est lui aussi retardé ; et une fois que les femmes arrivent au dispensaire ou à l'hôpital, les soins qui leur sont dispensés sont souvent eux aussi retardés¹⁸.

Une Congolaise en situation de grossesse à haut risque, ou qui souffre de complications intrapartum, n'obtient souvent pas les soins obstétricaux qui pourraient lui sauver la vie et sauver la vie de son bébé. Par exemple, la plupart des établissements de soins dans les zones touchées par les conflits n'ont pas les capacités nécessaires pour effectuer des césariennes et traiter les nouveau-nés souffrant de difficultés respiratoires¹⁹. Le système d'aiguillage ne fonctionne pas



J'étais en train d'aider une femme pendant son accouchement. Nous n'avons pas d'électricité ici, donc tout était sombre, nous n'avions que des bougies. Deux hommes sont arrivés, tous deux armés. Ils ont fait un raid sur le dispensaire et ont volé tout ce que j'avais. Ils m'ont torturé un moment avec un couteau, puis sont partis. Quand je suis retourné auprès de la mère, son bébé s'était étouffé et était mort. J'ai essayé de rester calme, mais j'étais submergé par les émotions – la peur, l'anxiété et bien sûr la colère. Nous faisons tout pour sauver des vies et eux, ils essaient de nous tuer. Trois agents sanitaires sont partis l'an dernier pour aller travailler dans des endroits moins risqués. Il est difficile de garder le personnel lorsque la situation est si dangereuse. De plus, dans les endroits moins isolés, les agents sanitaires ont plus de chances d'être payés. Ici, vous pouvez être oublié pendant longtemps. La dernière fois que j'ai été payé, c'était peut-être il y a trois mois – et cela faisait déjà longtemps que je n'avais rien touché. J'ai reçu 3 000 francs congolais (environ 3 dollars) pour deux mois de travail. »

– Donald, infirmier¹⁴



« Quand je repense au passé, c'est la pagaille dans ma tête »

Janet, 38 ans, vient de donner naissance, seule, dans un camp de réfugiés en Ouganda. Elle était enceinte de sept mois, donc elle ne s'attendait pas à accoucher. « J'étais seule. J'ai moi-même déchiré le cordon ombilical. J'ai tiré dessus et il s'est détaché », explique-t-elle. « Mon bébé est mort au bout de 30 minutes. Il faisait froid cette nuit-là, et je n'avais rien pour l'envelopper ».

Janet et ses trois jeunes enfants ont fui leur maison du Nord-Kivu après que des hommes armés eurent attaqué leur foyer familial dans la nuit. « Ils nous ont tous attaqués avec des couteaux. Ils nous ont poignardés et tailladés. Mon mari et mes quatre enfants n'ont pas survécu à cette attaque. Les trois cadets ont survécu parce que les hommes armés ne les avaient pas vus. Ils nous ont laissés pour morts. Ils m'ont laissé un couteau enfoncé dans la tête ». Elle enlève son foulard pour montrer la cicatrice.

« Quelques mois plus tard, ma benjamine est tombée malade. Nous avons été admis au centre de santé pendant deux mois et demi. Le médecin a dit qu'elle avait le kwa-shiorkor. Elle est morte. Nous l'avons enterrée là-bas. » Janet montre un carré d'herbe derrière sa petite tente.

« Quand je repense au passé, c'est la pagaille dans ma tête », dit-elle. « Je ne veux penser à rien. »⁷⁵

parce que les centres médicaux de la RDC n'ont en général pas de moyens de transport (ambulances elles-mêmes, ou un budget pour l'essence et l'entretien) et aucun moyen de communiquer avec d'autres établissements²⁰.

Nombre d'agents sanitaires congolais sont mal équipés et insuffisamment soutenus et leurs erreurs peuvent avoir des conséquences fatales ou entraîner des handicaps à vie, pour les mères et les nouveau-nés²¹. Les attaques sur les agents sanitaires nuisent aussi à la qualité et à la disponibilité des soins parce qu'elles traumatisent le personnel médical et obligent les établissements de soins à suspendre leurs activités. Il n'y a pas beaucoup de données sur la fréquence des attaques sur les agents sanitaires en RDC, mais on pense qu'elles sont répandues.

Décès avant cinq ans

Presque la moitié des décès enregistrés en RDC depuis 1998 ont été ceux d'enfants de moins de cinq ans²³. La RDC affiche le cinquième taux de mortalité infantile le plus élevé du monde, qui s'est traduit en plus de 391 000 décès d'enfants de moins de cinq ans en 2012. La plupart de ces morts n'étaient pas le résultat d'actes de violence armée, mais celui de causes évitables et traitables comme le paludisme, la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition.

Dans les zones touchées par les conflits, ce sont 423 000 enfants, selon les estimations, qui souffrent de malnutrition aigüe, ce qui les rend plus susceptibles de contracter des maladies et de mourir²⁴.

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est, selon les estimations, 22 pour cent plus élevée parmi les enfants touchés par des conflits par rapport à la moyenne nationale²⁵. Par exemple, l'insécurité a intensifié une épidémie de paludisme récente dans le Nord-Kivu, région qui est la scène d'affrontements



J'ai donné le jour à sept bébés dans ma vie et, à chaque fois, j'ai regardé le bébé et je me suis dit que ce bébé avait eu faim dans mon ventre et qu'il allait avoir faim maintenant qu'il avait vu le jour. Trois de mes bébés sont morts de faim. J'espère ne pas retomber enceinte, parce que ce bébé mourrait lui aussi de faim. »

– **Mère congolaise,**
zone rurale²²

intenses périodiques depuis 1998. Les familles craignant les attaques passent souvent la nuit dans la brousse ou dans les champs, où le risque d'exposition au paludisme est très élevé. On attribuait au paludisme 18 pour cent des décès d'enfants à l'échelle nationale avant la récente vague²⁶. En 2013, on a assisté à une multiplication par trois du nombre de cas de paludisme dans le Nord-Kivu par rapport aux années antérieures et 80 pour cent de ceux qui meurent de la maladie sont susceptibles d'être des enfants de moins de cinq ans²⁷.

La rougeole a refait son apparition comme menace d'envergure sur le plan de la santé publique pour les enfants congolais. Les taux de vaccination ont chuté depuis les années 1980 et une épidémie de rougeole touche le pays tout entier depuis 2010²⁸. C'est une maladie extrêmement contagieuse et qui peut se propager rapidement dans un pays comme la RDC, où 27 pour cent des enfants âgés d'un an ne sont pas vaccinés²⁹. Entre janvier et octobre 2013, plus de 74 000 cas de rougeole ont entraîné la mort de 1 160 enfants³⁰.

La plupart des enfants malades du Congo ne reçoivent pas des soins de santé vitaux lorsqu'ils en ont besoin. Selon les estimations les plus récentes, seulement 42 pour cent des enfants dont on soupçonne qu'ils ont contracté une pneumonie reçoivent des antibiotiques, 39 pour cent des enfants atteints de fièvre reçoivent un antipaludique et 27 pour cent des enfants atteints de diarrhée reçoivent des sels de réhydratation orale³¹.

La plupart des gens n'ont pas les moyens de payer les soins de santé

Les pauvres sont souvent exclus des soins de santé en RDC. La vaste majorité de la population vivant avec moins de 2 dollars par jour³⁴, les coûts constituent peut-être la barrière la plus considérable qui empêche la plupart des gens d'accéder aux services de santé³⁵.

Le système de santé souffre d'un sous-financement chronique ; c'est pourquoi les coûts sont souvent facturés à l'utilisateur. Le coût des procédures d'urgence,



J'ai dû subir une césarienne, même si je savais que je n'avais pas les moyens de la payer. Après l'opération, j'ai dû passer trois semaines à l'hôpital pendant que mon mari tentait de se procurer l'argent. Mon bébé a souvent eu de la fièvre pendant cette période, parce qu'elle était entourée de gens malades. »

– **Mère congolaise,**
zone urbaine³²



J'ai encore une dette envers le médecin qui a donné naissance à mon premier enfant. Pour cette grossesse, je vais devoir me rendre chez une accoucheuse traditionnelle parce qu'elle acceptera un poulet plutôt que de l'argent. »

– **Mère congolaise,**
zone rurale³³



Mes jumeaux ont maintenant quatre mois. J'éprouve des difficultés à allaiter mes bébés. Ils ne tètent pas bien et je crains de devoir abandonner l'allaitement et commencer à leur donner des aliments solides. C'est difficile pour moi de nourrir suffisamment mes bébés, ou moi-même. Comme je n'ai personne pour m'aider à subvenir aux besoins de mes enfants, il n'y a pas assez à manger, et pas assez d'argent non plus. J'aimerais vraiment avoir un moyen de contraception, pour ne pas avoir d'autres enfants pour le moment. Cependant, je ne connais aucun endroit à proximité de chez moi où je puisse accéder à des services de planning familial »

– Sylvie, 16 ans⁷³

comme les césariennes, peut être exorbitant – 60 dollars ou plus³⁶ dans des zones où 80 pour cent de la population gagne moins de 0,50 dollar par jour³⁷. D'après un rapport de 2011 du FNUAP, les établissements de soins dans la région touchée par le conflit du nord-est de la RDC manquent souvent des approvisionnements les plus basiques, de sorte qu'il est souvent demandé aux femmes enceintes d'acheter des articles comme du savon, des gants, une lame de rasoir et un drap, nécessaires pour garantir un accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène. Les femmes qui ne peuvent pas se permettre d'acheter ces articles finissent souvent par accoucher chez elles ou à l'extérieur sans agent sanitaire qualifié³⁸.

Des recherches menées par Médecins Sans Frontières (MSF) à Walikale, province du Nord-Kivu, en 2013, ont constaté que, dans 9 ménages sur 10, une personne au moins était tombée malade durant les deux semaines antérieures. Plus de 35 pour cent ont dit ne pas s'être adressés à qui que ce soit pour recevoir des soins, et la plupart d'entre elles ont cité le manque d'argent comme raison³⁹.

L'expérience de MSF montre que, lorsque des services médicaux gratuits sont introduits dans une zone, la population est plus susceptible de s'adresser à des prestataires de soins de santé. En 2011, l'hôpital de Lulimba, dans le Sud-Kivu, a cessé d'utiliser un système de recouvrement des frais pour fonctionner gratuitement. Le nombre de patients est monté en flèche. Par exemple, le nombre d'accouchements s'est multiplié par neuf, de 182 en 2010 à 1 663 en 2012, et le nombre de vaccinations contre la rougeole est passé de 0 à 2 055 durant la même période. Cette augmentation du nombre de personnes ayant eu recours à des services médicaux peut être attribuée en grande partie à l'introduction de soins de santé de qualité gratuits dans la zone⁴⁰.

La violence sexuelle est répandue

Les viols et les actes de violence sexuelle continuent de constituer l'un des défis les plus urgents à relever pour la RDC. Si les viols existaient avant le conflit, la violence sexuelle et sexiste à une telle échelle fait néanmoins figure de nouveau phénomène, étroitement lié à la guerre civile et aux conflits récurrents entre 1996 et 2002⁴².

Le viol a été utilisé – et continue à être utilisé – de façon stratégique par les combattants pour humilier et dominer leurs ennemis. En RDC, les auteurs de ces actes sont venus de presque toutes les armées, milices et bandes et autres groupes impliqués dans les conflits. D'après un médecin de l'hôpital Panzi, à Bukavu, Sud-Kivu, de nombreuses victimes dans cette zone ont dit que les attaquants encerclaient les villages et violaient les femmes, les enfants et les vieillards en public. Le viol « est utilisé pour détruire complètement le tissu social et familial de la société », a expliqué ce médecin. Plus récemment, les survivants du Nord-Kivu et du Sud-Kivu ont dit avoir été attaqués alors qu'ils se rendaient au marché, pendant qu'ils cherchaient des aliments dans les champs ou tandis qu'ils ramassaient du bois de feu dans la forêt, dans les camps de personnes déplacées et alentours, dans les villages et dans leur propre domicile^{43, 44, 45, 46}.

La véritable mesure de la violence sexuelle en RDC n'est pas connue. Les viols et les violences sexuelles ne sont généralement pas tous signalés du fait de la stigmatisation et de la honte associées. D'après les études disponibles, entre un et deux tiers des victimes de viols ont été des enfants. Le FNUAP a signalé que plus de 65 pour cent des nouvelles victimes de violence sexuelle en 2008 étaient des enfants, pour la plupart des adolescentes. En revanche, la Représentante spéciale du Secrétaire général pour les enfants et les conflits armés a estimé que 48 pour cent des victimes étaient des enfants⁴⁷. Selon le ministère du Genre,

de la Famille et de l'Enfant, dans les contextes touchés par des conflits en République démocratique du Congo, l'âge moyen des survivants en 2012 était de moins de 21 ans, et un tiers de tous les survivants avaient entre 12 et 17 ans⁴⁸.

En 2013, il s'est produit une forte hausse du nombre de cas de violence sexuelle dans le Nord-Kivu. Un vide sécuritaire a permis à plusieurs groupes armés d'élargir leurs opérations militaires, lesquelles se sont accompagnées de viols et d'autres formes de violences sexuelles⁴⁹. Entre janvier et juillet 2013, le HCR a signalé une multiplication par 6,5 du nombre de cas de violence sexuelle dans la région par rapport à la même période de 2012 (705 cas contre 108), dont 88 pour cent de viols et 62 pour cent commis par des éléments armés⁵⁰. Dans l'ensemble de la province, plus de 11 400 cas de violence sexuelle ont été signalés⁵¹. À la fin du mois de janvier 2014, le HCR a rapporté une hausse de 37,5 pour cent des incidents relatifs à la protection (violence sexuelle et conscription d'enfants) dans la province en 2013, par rapport à 2012⁵².

Deux groupes de femmes bien établis dans le Nord-Kivu luttent contre les viols et la violence sexuelle depuis plus de dix ans. Le *Centre Hospitalier FEPSI (Femmes Engagées pour la Promotion de la Santé Intégrale)* est un centre médical indépendant géré par des femmes qui propose des services gratuits dans la ville de Butembo, dans le Nord-Kivu. Il dessert les deux districts de Lubeno et Beni (environ 2 millions de personnes), proposant une aide médicale et psychologique aux victimes de viols. L'hôpital FEPSI a 63 lits, 57 employés



Ma fille a été violée lorsqu'elle avait six ans. Aujourd'hui, elle ne peut pas courir. Si elle essaie, elle a mal à l'estomac, près de son nombril. Elle vient vers moi, la main sur le nombril et me dit qu'elle a mal en dessous. Elle doit alors se reposer pendant 30 minutes pour se remettre. Parfois elle a de la fièvre – sa température monte d'un seul coup. Lorsqu'elle va chercher de l'eau, si elle voit des garçons, dès qu'ils la regardent, elle revient très vite en courant, surtout si elle est seule. Depuis ce jour, et jusqu'à aujourd'hui, elle a peur des garçons.»

– **Kesiya**, 40 ans, Mutoko⁴¹

et 125 « conseillers amis » qui se rendent dans les villages pour présenter les services qu'il propose. Le projet FEPSI a été fondé en 2000 par 15 femmes qui estimaient devoir faire quelque chose pour venir en aide aux femmes et aux enfants qui avaient été violés et pour prévenir la propagation du VIH. « Nous ne pouvions plus supporter de voir une société, le monde entier, détourner le regard », explique Marie Dolorose Masika-Kafanya, l'une des fondatrices, maintenant présidente⁵³.

Synergie des Femmes pour les Victimes des Violences Sexuelles est un consortium de 35 organisations congolaises qui proposent des soins médicaux et un soutien aux victimes de violence sexuelle dans la province du Nord-Kivu. En 2002, Masika Bihamba, la fondatrice de *Synergie*, a rencontré une femme de 80 ans qui avait été victime d'un viol brutal. Elle a essayé d'aider la victime à accéder à un traitement médical, mais cette femme était si pauvre qu'aucun médecin n'était disposé à l'aider, et elle a fini par mourir. « Pour moi, cela a marqué un tournant », explique Mme Bihamba, qui s'est donné pour mission de documenter le viol comme un crime de guerre et de fournir aux victimes un soutien émotionnel, médical et juridique. « C'est une guerre contre les femmes », selon elle. « Lorsque deux côtés se battent, l'un punit l'autre en violant les femmes. Lorsque je vois les femmes venir à moi en quête d'espoir, je me dis que je dois continuer de lutter pour elles. » Plus de 1 800 femmes ont été aidées par *Synergie*. La coalition a par ailleurs rédigé des projets de loi visant à rectifier les défauts du système judiciaire du pays concernant la punition des violeurs et des auteurs de délits violents⁵⁴.

Transmission du VIH de la mère à l'enfant

D'après les estimations, 32 000 femmes enceintes et 32 000 adolescentes âgées de 10 à 19 ans en République démocratique du Congo vivent avec le VIH. D'après l'ONUSIDA, la prévalence du VIH oscille entre 1,7 et 7,6 pour cent selon la région, et elle peut atteindre 20 pour cent parmi les femmes qui ont subi des violences sexuelles dans des zones touchées par des conflits armés⁵⁶. Les taux d'infection à l'échelle nationale s'accroissent parmi les adolescentes et les jeunes femmes⁵⁷, mais les tests de dépistage du VIH/du sida sont rarement effectués dans les centres de santé ou les maternités⁵⁸.

La RDC figure parmi les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale les moins bien classés en termes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Seulement 1 pour cent des femmes enceintes estimées séropositives ont accès à un traitement antirétroviral. Sans ce traitement, MSF estime qu'un tiers des bébés exposés au virus naîtront séropositifs⁵⁹. Les estimations gouvernementales officielles donnent un taux de transmission mère-enfant encore plus élevé : 37 pour cent⁶⁰.

Les faibles infrastructures de santé de la RDC constituent une raison du taux élevé de transmission mère-enfant qu'affiche le pays. Une autre des raisons est le coût. Même lorsque des services « gratuits » sont proposés, ils sont rarement complètement gratuits, explique Thérèse Kabale Omari, directrice dans la province de Kinshasa de Femme Plus, une organisation qui travaille avec les femmes vivant avec le VIH dans sept provinces de la RDC. « Par exemple, le test de dépistage du VIH a beau être gratuit, il faut tout de même payer la carte de patient, la seringue utilisée si vous avez besoin d'un traitement, le transport – tous ces frais s'accumulent et rares sont les femmes qui peuvent y faire face⁶¹. »

Le manque de connaissances, le peu de personnes qui passent des tests de dépistage du VIH et les comportements sexuels à risque parmi les adolescentes sont inquiétants. D'après les résultats d'une étude récente, seulement 13 pour



Centre de santé de Rwamwanja, Ouganda

cent d'entre elles ont des connaissances complètes sur le VIH ; 8 pour cent ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et seulement 18 pour cent de celles qui avaient eu plusieurs partenaires avaient utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports. Par ailleurs, plus de 20 pour cent des adolescentes avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, et seulement 6 pour cent avaient subi ne serait-ce qu'un test et reçu des résultats⁶². Lors d'une récente série de discussions en groupe de réflexion à Masisi, dans le Nord-Kivu, on a constaté que sur tous les groupes interrogés, c'étaient les femmes non mariées qui avaient le moins de connaissances sur le VIH/le sida. La plupart des participantes à un groupe de réflexion de femmes non mariées dans le camp de Mungote et la moitié de celles du camp de Kalinga n'avaient jamais entendu parler du VIH ou du sida⁶³.

Save the Children a récemment mené à bien un projet qui a aidé les adolescents de Goma, dans le Nord-Kivu, à lutter contre la propagation du VIH/du sida et à adopter des comportements plus sûrs. Des étudiants d'entre 12 et 14 ans de deux écoles ont élu des pairs éducateurs qui ont été formés et soutenus par des membres du personnel de projet et des enseignants. Les pairs éducateurs ont tenu des groupes de discussion et organisé des activités de jeu de rôles pour sensibiliser les participants aux infections sexuellement transmissibles et au VIH. Les adolescents ont réalisé une peinture murale et créé une pièce de théâtre pour promouvoir des messages pro-santé. Ils ont aussi distribué des brochures décrivant comment reconnaître et prévenir les infections et fournissant des informations sur les tests de dépistage de MST et du VIH. Les enquêtes



Hier, je me suis occupé d'un homme dont l'épouse a été violée par des rebelles au Congo. Suite à cela, elle est tombée enceinte et a également contracté le VIH. Comme elle ne savait pas qu'elle était séropositive, son mari a lui aussi contracté le virus et leur bébé est maintenant lui aussi séropositif. Le bébé est né au Congo et, comme le sérostatut des parents n'était pas connu, aucune précaution n'a été prise pour prévenir la transmission au bébé. Ce couple s'est rendu compte de son sérostatut une fois que l'enfant a commencé à tomber malade et qu'ils l'ont conduit ici pour qu'il soit soigné.»

Dr Installah Franco,
camp de réfugiés de Rwamwanja,
Ouganda⁵⁵



menées ultérieurement dans les écoles ont indiqué que les garçons et les filles ont signalé des améliorations considérables dans leur aptitude à utiliser un préservatif correctement et les filles se sont décrites comme beaucoup plus sûres d'elles au moment de s'adresser à des services de santé sexuelle et reproductive en cas de besoin. Les tests de dépistage du VIH ont été le service le plus sollicité durant la période pilote – entre 35 et 45 adolescents par mois ont demandé à passer ces tests⁶⁴.

Éducation des femmes et des filles

Durant les années de guerre (1996–2003), le système d'éducation était considéré par certains comme en pire état encore que le système de santé, ce qui supposait un risque bien réel de ce que la génération suivante de Congolais soit analphabète⁶⁶. À cette époque, seulement 35 pour cent des enfants étaient inscrits à l'école primaire et les taux d'achèvement du cycle primaire étaient excessivement faibles pour les deux sexes, mais surtout pour les filles⁶⁷. Malheureusement, ces craintes se sont révélées dans une certaine mesure bien fondées. En 2007, seulement 53 pour cent des femmes congolaises d'entre 15 et 24 ans savaient lire et écrire, contre 63 pour cent en 2001⁶⁸.

En 2012, une étude menée par l'UNESCO et l'UNICEF a constaté que plus de la moitié (52,7 pour cent) des 7,3 millions d'enfants de la RDC non scolarisés – soit quelque 3,8 millions d'enfants – sont des filles⁶⁹. Parmi les obstacles auxquels se heurte l'éducation des filles figurent les faibles revenus familiaux et le manque d'infrastructures scolaires dans certaines zones. De plus, les croyances communautaires et les pratiques préjudiciables comme le mariage infantile et les grossesses précoces continuent de contraindre les filles à rester au





foyer et à se consacrer aux tâches ménagères quotidiennes au lieu de s'instruire à l'école. Même lorsqu'ils ont accès à l'école, du fait de l'insécurité qui règne dans certaines zones, les filles, ainsi que les garçons, risquent d'être attaqués sur le chemin de l'école ou au retour⁷⁰. De nombreuses filles abandonnent aussi l'école après un viol, à cause des problèmes de santé, du traumatisme, du déplacement ou de la stigmatisation associés⁷¹.

Une ONG congolaise appelée Children's Voice (La voix des enfants) s'attache à remédier à certaines de ces difficultés à Goma, Nord-Kivu. Cette organisation propose une scolarité primaire, des formations professionnelles et une assistance de santé mentale aux enfants de la communauté, dont des orphelins, d'anciens enfants soldats et des adolescents à risque. Pour ceux qui n'ont pas été en mesure de commencer l'école primaire plus tôt, Children's Voice propose un programme d'école primaire accéléré gratuit dans le cadre duquel deux années du programme d'enseignement sont accomplies en un an. Ce programme donne aux enfants qui sont trop âgés pour s'inscrire en premier niveau de l'école primaire l'occasion de terminer leur éducation primaire en trois ans au lieu des six années normales. Pour les adolescents plus âgés et les jeunes adultes qui ont déjà passé l'âge de la scolarité formelle, Children's Voice propose des formations professionnelles et des cours d'alphabétisation pour équiper les adolescents afin qu'ils puissent gagner leur vie et être des protagonistes actifs au sein de leurs communautés respectives⁷².



Un jour, alors que je me rendais à l'école depuis ma maison de Masisi, j'ai rencontré trois garçons, dont un était armé d'un revolver. Ils m'ont attaquée et chacun m'a violée à tour de rôle. Je n'aime pas avoir un bébé alors que je suis si jeune, mais je vais m'en occuper. Je regrette simplement de ne pas pouvoir retourner à l'école.»

– **Jovia**, 14 ans, mère d'un garçon de huit mois⁶⁵



Camp de réfugiés syriens, Irak

Des mères et des enfants syriens dévastés par le conflit

La guerre civile syrienne – qui entame sa quatrième année – a fait des ravages parmi les mères et les enfants. Près de 1,4 millions d'enfants et 690 000 femmes ont fui le conflit pour devenir des réfugiés dans des pays voisins², tandis que plus de 9 millions de personnes à l'intérieur de la Syrie ont besoin de secours humanitaires³. D'après les estimations du FNUAP, il y a plus de 2,9 millions de femmes et de filles syriennes en âge de procréer qui ont besoin d'un soutien à l'intérieur et à l'extérieur du pays^{3a}. On s'attend à voir ce chiffre atteindre 5 millions d'ici à la fin de 2014⁴.

Avant le début du conflit, la Syrie était un pays à revenu intermédiaire affichant des statistiques relatives à la survie maternelle et infantile conformes à cette situation. La Syrie était largement sur la bonne voie pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5, avec un taux de mortalité infantile de 15 pour 1 000 naissances vivantes (la cible étant 13) et un taux de mortalité maternelle de 70 pour 100 000 naissances (la cible étant 60)⁵. Ces progrès avaient été réalisés parce que le pays avait un système de santé fonctionnel qui assurait des soins de qualité assez constante, y compris des taux élevés de couverture vaccinale pour les enfants⁶ et une couverture universelle sur le plan des accouchements en présence de personnel qualifié et dans des établissements de soins⁷.

Mais la situation actuelle est on ne peut plus différente. À l'intérieur de la Syrie, un système de santé anéanti a laissé des millions de femmes et d'enfants en proie à une grande souffrance. D'après les estimations, 64 pour cent des hôpitaux et 38 pour cent des établissements de santé primaire⁹ ont été endommagés, détruits ou fermés du fait de l'insécurité, et la production de médicaments a chuté de 70 pour cent¹⁰. Environ deux tiers des médecins syriens ont fui le pays¹¹. À Alep, une ville qui comptait jadis 5 000 médecins, il n'en reste que 36¹².

Les attaques sur les agents sanitaires et les établissements de soins sont devenues monnaie courante. Les hôpitaux, les dispensaires de terrain, les ambulances



Cela fait un an que mes enfants n'ont pas mangé de légumes ni de fruits. Mes cadets n'ont jamais vu d'aliments frais de leur vie. C'est une pure agonie pour une mère. Lorsque nous avons eu l'occasion de partir, nous l'avons saisie immédiatement. Un petit bus fait pour transporter 24 passagers a pris environ 100 habitants de ma ville. Nous avons passé deux jours sur la route. Nous ne pouvions même pas nous arrêter pour aller aux toilettes. J'étais enceinte de presque six mois, mais j'ai dû rester debout. Je me suis évanouie à de nombreuses reprises. Les enfants ont pleuré jusqu'à ce que leurs yeux se ferment tant ils étaient enflés. Ils avaient tellement faim et soif, et ils étaient épuisés. Leurs sous-vêtements étaient mouillés et souillés, parce que nous ne pouvions pas les sortir du bus pour aller aux toilettes. Je ne sais vraiment pas comment nous avons survécu à ce voyage. Ces deux journées de route nous ont paru aussi longues que l'année que nous avons passée en état de siège. »

– **Zahra**, 35 ans,
Bekaa centrale, Liban¹



J'ai été très malade durant ma grossesse, mais il n'y avait pas de médecins, pas d'hôpitaux. Cela a été différent de mes autres grossesses – pas d'échographies, pas de visites régulières. J'avais toujours accouché dans un hôpital avant cette grossesse, jamais à la maison. À la tombée de la nuit, j'ai dit à ma famille que je devais aller à l'hôpital, mais il n'y avait pas moyen d'y aller sans risque, les bombes pleuvaient déjà. Les hommes tirent sur tout ce qui bouge la nuit, et il y a tellement de postes de contrôle – nous ne parviendrions jamais à passer. Vers 4 heures du matin, j'ai commencé à accoucher. J'étais terrifiée. J'avais tellement mal, je pensais que j'allais mourir. Il y a eu une complication terrible durant mon accouchement – et je remercie Dieu que certains de mes voisins aient tout fait pour qu'une sage-femme courageuse puisse me venir en aide. Le cordon ombilical était enroulé autour du cou de mon bébé – la sage-femme a sauvé la vie de mon petit garçon, et la mienne aussi, je crois.»

– Ara, Liban¹⁵

et les véhicules de transport de médicaments et de fournitures médicales ont été ciblés par des attaques destructrices¹³. Les médecins signalent avoir été attaqués pour avoir traité des blessés, y compris des civils¹⁴.

Les réfugiés se trouvant dans les pays voisins sont confrontés à un autre ensemble de défis. Face à l'un des exodes de réfugiés les plus considérables de l'histoire récente, les groupes humanitaires et les communautés d'accueil du Liban, de la Jordanie, de la Turquie, de l'Irak et de l'Égypte ont du mal à satisfaire les besoins de la population réfugiée croissante. De nombreuses familles ont pris la fuite avec juste ce qu'elles étaient en mesure de porter, et la plupart d'entre elles vivent maintenant dans des conditions considérablement pires que celles qu'elles connaissaient en Syrie. Leur « chez soi » est aujourd'hui une tente, une caravane, un abri collectif ou un appartement surpeuplé partagé avec jusqu'à 20 membres de la famille étendue. La plupart ont vu leurs finances s'amenuiser et n'ont plus les moyens de se payer des aliments, des vêtements ou des soins médicaux.

Accoucher au milieu des combats

Avant le conflit, 96 pour cent des accouchements en Syrie avaient lieu avec l'assistance d'un accoucheur qualifié¹⁶. Bien que des chiffres précis ne soient pas disponibles à cause du conflit, les experts des Nations Unis soupçonnent que le nombre de décès maternels et néonataux augmente à l'heure actuelle à l'intérieur de la Syrie¹⁷. Une récente évaluation de 121 sous-districts syriens a indiqué que moins d'un quart des femmes avaient accès à des services de santé reproductive. Dans certaines zones assiégées, comme certaines parties de Homs, il y a une absence totale de services de santé reproductive¹⁸.

Les femmes en Syrie se heurtent à d'énormes difficultés au moment d'accéder aux soins prénatals, intrapartum et postnatals, y compris le manque d'ambulances, le nombre réduit de membres du personnel hospitalier de sexe féminin, et les postes de contrôle et barrages routiers fréquemment rencontrés sur le chemin de l'hôpital. Ces problèmes ont abouti à des naissances non assistées¹⁹, ainsi qu'à une évolution du pourcentage de femmes qui choisissent de subir une césarienne programmée. En 2011, 19 pour cent des mères syriennes ont accouché par césarienne. En 2013, ce pourcentage avait plus que doublé et était de 45 pour cent²⁰. Un hôpital dans une ville assiégée a affirmé avoir fait naître 75 pour cent de tous les bébés par césarienne²¹. Les femmes choisissent souvent d'accoucher par césarienne pour pouvoir programmer la naissance de leur bébé au lieu de courir le risque de commencer le travail de l'accouchement dans un contexte dangereux, sans ambulance, et surtout de prendre le risque d'un voyage terrifiant dans la nuit.

Une césarienne ne saurait être le premier choix d'une femme, mais beaucoup ne voient pas d'autre option. Une césarienne constitue une intervention chirurgicale abdominale importante, et parmi les risques pour la mère figurent donc l'infection, les complications liées à l'anesthésie, les hémorragies, la perte de sang et les caillots dangereux. Par conséquent, les femmes ont besoin de plus de temps pour se remettre. La procédure peut aboutir à une naissance prématurée si elle est programmée pour avant que le bébé ne soit arrivé à terme. Elle est également associée à des troubles respiratoires et à un état de santé généralement moins bon pour les bébés²².

D'après une estimation, il y avait probablement quelque 15 000 femmes syriennes enceintes en Jordanie l'an dernier²³. Du fait de la perturbation des services de santé en Syrie, nombre de ces femmes auraient dû recevoir une attention médicale déjà bien avant de fuir leur domicile. Si elles étaient tombées



Syrie

enceintes alors qu'elles étaient encore en Syrie, elles n'avaient probablement pas reçu suffisamment de soins prénatals²⁴ et il est par ailleurs possible que nombre d'entre elles souffraient de malnutrition²⁵. Celles qui vivent maintenant dans des camps de grande envergure – comme le gigantesque camp de réfugiés de Za'atari – pourraient avoir accès à des soins de santé maternelle et néonatale, mais les services ne sont pas si certains pour les 85 pour cent de réfugiés qui vivent à l'extérieur de camps, dans les villages et les villes, petites et grandes²⁶.

De nombreuses évaluations menées parmi les réfugiés syriens – au sein de camps, mais aussi dans d'autres contextes de par la région – ont signalé des lacunes dans la disponibilité de services de santé reproductive^{27, 28}. Une évaluation des besoins effectuée en 2012 au Liban, par exemple, a indiqué que 55 pour cent des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête dans le nord du Liban avaient signalé que les services de santé reproductive étaient « indisponibles »²⁹.

Des soins de santé inabordables

À mesure que leurs ressources financières se sont amenuisées, les Syriens ont vu leur accès aux soins de santé diminuer lui aussi. À l'intérieur de la Syrie, les familles déplacées n'ont en général pas les moyens d'accéder à des services médicaux payants et d'assumer les frais de médicaments, car les coûts ont considérablement augmenté du fait des pénuries³¹. En Jordanie et au Liban, le coût élevé des soins de santé a forcé certaines réfugiées syriennes à renoncer aux soins prénatals, aux visites médicales pour leur bébé et à d'autres services de santé³². Les réfugiés tentent de se procurer des soins de santé seulement une fois que leurs problèmes de santé deviennent critiques, et sont donc plus dangereux et coûteux à soigner. Plusieurs évaluations ont indiqué que les réfugiés au Liban retournent en Syrie pour recevoir un traitement, car les prix y sont considérablement inférieurs. Cela les met en situation d'insécurité et exerce une pression supplémentaire sur les services restants et sérieusement sursollicités à l'intérieur de la Syrie³³.

Comme solution partielle à ces difficultés, le FNUAP a introduit un système de coupons pour aider les femmes à payer les soins prénatals, intrapartum et postnatals à l'intérieur de la Syrie et de la Jordanie. Des équipes mobiles se rendent dans des abris et des zones touchées par la crise pour distribuer des coupons que les femmes peuvent utiliser pour obtenir des services de santé



Lorsque nous sommes arrivés ici, dans le camp, j'étais tellement contente de pouvoir enfin dormir sans m'inquiéter des explosions et des bombardements. Je pensais pouvoir désormais nourrir mes enfants et les envoyer à l'école. Je pensais aussi que je pourrais voir un médecin et de me procurer des soins médicaux appropriés. Il m'a fallu quelques jours pour me rendre compte que nous avons quitté un enfer pour intégrer un autre. Il y a des aliments, mais nous n'avons pas les moyens de les acheter. Et c'est la même chose pour les soins médicaux : ils sont disponibles mais pas abordables. »

– **Zahra**, 35 ans,
Bekaa centrale, Liban³⁰



Mon mari a été tué durant les combats et j'ai dû quitter mon village avec mes quatre enfants. J'étais enceinte de cinq mois et il m'a fallu deux mois pour arriver à cet abri. Durant tout notre voyage, mes enfants et moi avons eu très froid et faim. Lorsque je suis arrivée, mon travail a commencé alors que je n'étais enceinte que de sept mois. Il n'y avait pas d'hôpital ou de personnel médical, si bien que ce sont les autres femmes qui m'ont aidée. Mon enfant est né si prématurément et il n'y avait pas de soins spéciaux pour l'aider à survivre. Il n'a vécu que deux heures. »

– **Samira**, 28 ans,
Syrie³⁵

maternelle et des soins obstétricaux d'urgence dans divers hôpitaux et dispensaires³⁴. Au Liban, des dispensaires médicaux soutenus par Save the Children proposent des consultations médicales et des analyses de laboratoire gratuites. L'organisation lancera aussi bientôt un système de coupons pour couvrir les frais de médicaments.

Survivre aux premières heures après la naissance

En Syrie, la vie de nombreux nouveau-nés est menacée dès leur naissance. Moins de la moitié des hôpitaux fonctionnels restants sont équipés pour pouvoir gérer les maladies infantiles ou ont le matériel ou le personnel spécialisé nécessaires pour soigner les nouveau-nés³⁶. Les fréquentes coupures d'électricité font que les bébés meurent souvent dans leurs couveuses – il y a une zone dans laquelle cinq nouveau-nés sont ainsi morts en un jour³⁷. Les nouveau-nés doivent être tenus au chaud pendant au moins quatre à six heures, et le manque d'électricité et de chauffage fait que certains enfants meurent de froid. Du fait du caractère imprévisible de l'alimentation électrique, des mois d'hiver froids et du manque de couveuses, certains hôpitaux enveloppent les bébés dans des couvertures. Cependant, dans un établissement de soins, deux bébés sont morts parce qu'il faisait trop froid et que les couvertures n'ont pas suffi à les tenir au chaud³⁸.

Tous les jours, des réfugiées syriennes donnent le jour à 185 bébés³⁹ et nombre d'entre eux se heurtent à des obstacles d'envergure. Une évaluation menée au Liban a constaté que 26 pour cent des femmes qui avaient donné naissance depuis le début du conflit signalaient avoir accouché avant terme⁴⁰. Jusqu'à 5 pour cent des nouveau-nés au Liban avaient besoin de soins néonataux intensifs à cause de la prématurité, de la souffrance fœtale ou de malformations congénitales⁴¹. Dans le camp de Za'atari, en Jordanie, plus de 20 pour cent de tous les décès survenus d'octobre 2012 à septembre 2013 étaient ceux de nouveau-nés⁴², soit trois fois le pourcentage normal⁴³. Et rien qu'en décembre 2013 dans le camp de Za'atari, on a compté 13 morts de nouveau-nés, contre quatre en novembre⁴⁴.



J'avais peur – parce que la naissance de mon enfant est imminente – qu'au moment de la naissance il n'y ait pas d'hôpital où je puisse me rendre. En plus de cela il y avait la question de savoir où j'allais laisser mes jeunes enfants pendant mon accouchement. Mon anxiété s'intensifiait de jour en jour. Est-ce que je finirais par avoir mon bébé en chemin, pendant notre voyage ? Et pour l'alimentation ? La faim était un grave problème. Mon benjamin, qui avait moins d'un an, n'avait pas de lait, nous ne pouvions lui donner que des aliments normaux. La situation était à ce point critique. »

– Noor, 22 ans,
Jordanie⁹³





Un lieu sûr pour les mères et les enfants

Jordanie

Manar, mère de deux enfants, a quitté la Syrie alors qu'elle était enceinte de sept mois de son troisième enfant. « Notre quartier était encerclé, assiégé », dit-elle. « Notre seule option était de venir en Jordanie. » Vivant dans une tente, 11 mois durant, dans le camp de réfugiés de Za'atari, elle ne s'est jamais sentie en sécurité. « Nous n'avons pas de portes que nous puissions fermer à clé, alors les gens entrent à tout moment. Je n'ai aucune intimité pour allaiter ou faire d'autres choses comme m'habiller ou enlever mon foulard. »

Un conseiller a suggéré à Manar de se rendre dans le Centre d'allaitement des nourrissons et des jeunes enfants de Save the Children. L'ambiance calme et confortable qui y règne a immédiatement mis Manar à l'aise. « Je me sens plus en sécurité, ici », dit-elle, « parce qu'aucun homme n'entre dans le centre. » Manar n'a pas tardé à faire de ses visites au centre un élément de sa routine quotidienne.

Les conseillers ont parlé à Manar des avantages de l'allaitement précoce et exclusif, qu'elle n'avait pas pratiqué avant.

« Avec mes deux aînés, je me suis en fait contentée d'écouter les conseils de ma grand-mère et de ma mère mais, quand je suis venue au centre, enceinte, j'ai écouté la conseillère et l'éducatrice et j'ai tout mémorisé. Lorsque j'ai accouché, ils ont mis le bébé sur mon ventre et je me suis rappelé ce qu'avait dit l'éducatrice, à savoir à quel point il était important qu'il boive le colostrum (premier lait). On ne peut pas comparer, comme vous le voyez ; il a huit mois et a dix dents maintenant et il est très vif et fort. On voit la différence par rapport à mes autres enfants.

« J'ai suivi leurs conseils et je me suis rendu compte que ce qu'on m'avait dit était vrai. Ils nous ont dit que donner à l'enfant de l'eau et du sucre provoquerait des diarrhées et c'était vrai, j'avais essayé cela avec Abdullah et il a effectivement eu la diarrhée⁹². »





Nous nous sommes soudain retrouvés au beau milieu d'une zone de combat. Il y avait des affrontements tous les jours et toutes les nuits et nous étions piégés au milieu. Nous avons passé bien des nuits dans des champs avec d'autres familles qui avaient tout aussi peur que nous, mais ne voulaient pas quitter le village. Un jour... nous sommes revenus chez nous et avons trouvé notre maison complètement détruite. Nous n'avions d'autre option que de fuir vers le Liban. À l'époque j'allaitais mes jumeaux nouveau-nés, Hashem et Maisam, mais après avoir passé toutes ces nuits avec eux à la belle étoile et à cause de la peur et des traumatismes et des explosions, je n'avais plus de lait et ne pouvais pas continuer à les allaiter. Ils pleuraient tout le temps et les routes étaient bloquées et dangereuses, de sorte que nous devons nous déplacer la nuit en empruntant des routes difficiles entre les champs. Il nous a fallu deux jours pour arriver à la frontière libanaise. Ces deux journées ont été les pires de toute ma vie : mes bébés étaient si malades et affamés.»

– **Elham, 29 ans**⁴⁵



Défis pour l'allaitement

En Syrie, l'allaitement maternel n'était pas très répandu avant le conflit ; seulement 43 pour cent des enfants de moins de six mois étaient allaités exclusivement⁴⁶. Les substituts du lait maternel étaient très utilisés et le gouvernement syrien contrôlait la production et la distribution du lait maternisé à travers les pharmacies. Maintenant, le conflit a détruit ce réseau d'approvisionnement. Dans le même temps, la situation se détériorant sans cesse, encore moins de mères allaitent et les pratiques d'allaitement semblent empirer⁴⁷.

Les enfants nourris au lait maternisé sont plus susceptibles, dans toutes les situations, de tomber malades et de mourir que ceux qui sont allaités. Mais dans un contexte d'urgence comme le conflit syrien, où le risque de mort est d'ores et déjà considérable pour les enfants, l'allaitement maternel sauve des vies car il offre une protection cruciale contre les infections et la mort⁴⁸.

Une récente évaluation des besoins menée à Dara'a a indiqué qu'au lieu d'allaiter, les gens avaient recours à de l'eau et du sucre pour alimenter les nourrissons⁴⁹. Les mythes et les idées fausses ont proliféré en ce qui concerne l'aptitude des femmes à allaiter en situation de crise ; une femme a déclaré simplement : « Lorsque vous prenez la fuite, le lait en fait autant »⁵⁰.

Dans certaines parties de la Syrie, il y a eu des distributions non ciblées de substituts du lait maternel – y compris à des mères allaitantes⁵¹. Certains des substituts du lait étaient étiquetés en allemand et en anglais, ce qui fait qu'il était difficile, voire impossible, aux personnes, arabophones, chargées de l'alimentation des bébés, de suivre les instructions et de préparer correctement le lait maternisé⁵².

Au Liban, une étude a constaté que moins de la moitié (48,9 pour cent) des femmes qui avaient accouché pendant le conflit disaient allaiter⁵³. En Jordanie – aussi bien au sein des camps qu’à l’extérieur – les taux d’allaitement sont faibles, en particulier parmi les bébés de 6 à 12 mois. Il y a des témoignages de familles qui diluent le lait maternisé pour qu’il dure plus longtemps, ce qui en réduit la valeur nutritionnelle et comporte des risques importants de maladie⁵⁴.

Menaces pour les jeunes enfants

À l’intérieur de la Syrie, le taux d’enfants blessés ou tués est le plus élevé enregistré durant n’importe quel conflit récent dans la région⁵⁶. Bien que les taux de décès et de blessures soient difficiles à mesurer, on estime que 11 400 enfants ont été tués⁵⁷, et ce nombre ne cesse d’augmenter⁵⁸. Des millions de survivants ne seront pas en mesure de grandir en bonne santé, leur éducation a été interrompue et leur développement émotionnel a été perturbé par le contact avec la violence.

Les médecins, partout en Syrie et dans les pays voisins, signalent une hausse du nombre d’enfants souffrant de maladies et de malnutrition sévère qui se présentent à eux pour être soignés. Dans un service pédiatrique de Damas, un médecin a témoigné : « Nous voyions jadis un enfant souffrant de malnutrition mortelle moins d’une fois par mois. Maintenant il y en a au moins dix cas par semaine⁵⁹ ».

Trois années de déplacement et de services de santé en voie d’effondrement ont aussi mis les enfants syriens dans une situation de grande vulnérabilité face à des maladies potentiellement fatales. Dans de nombreuses parties de la Syrie, les enfants ont un accès limité, ou inexistant, aux vaccins et, pour la première



Ma fille Sham a un an et sept mois. Vous savez quel a été son premier mot ? Explosion. Son premier mot ! C’est une tragédie. »

– **Hamma,**
Liban⁵⁵



Syrie

fois depuis plus de dix ans, il y a des flambées de polio et de rougeole⁶⁰. Des cas de rougeole et d'autres maladies évitables ont aussi été signalés parmi les réfugiés se trouvant en Jordanie, au Liban et en Turquie⁶¹.

À l'intérieur de la Syrie, le nombre de cas de diarrhée aigüe parmi les enfants est monté en flèche. Le manque d'eau salubre, de combustible et d'autres ressources requises pour préparer le lait maternisé et stériliser les biberons a été pointé du doigt pour expliquer l'augmentation considérable du nombre de cas de diarrhée parmi les nourrissons⁶². Une évaluation dans le nord de la Syrie a constaté que 23 pour cent des enfants de moins de cinq ans dans les camps de PDI avaient la diarrhée⁶³.



Il y a dix mois, je suis tombée enceinte. Je ne le voulais pas, mais c'est arrivé. Je m'en suis voulu parce que je ne souhaitais pas donner le jour à un enfant dans cette vie – la vie de réfugié.»

– **Aisha, 27 ans,**
Bekaa centrale, Liban⁶⁵

Besoins non satisfaits en matière de planning familial

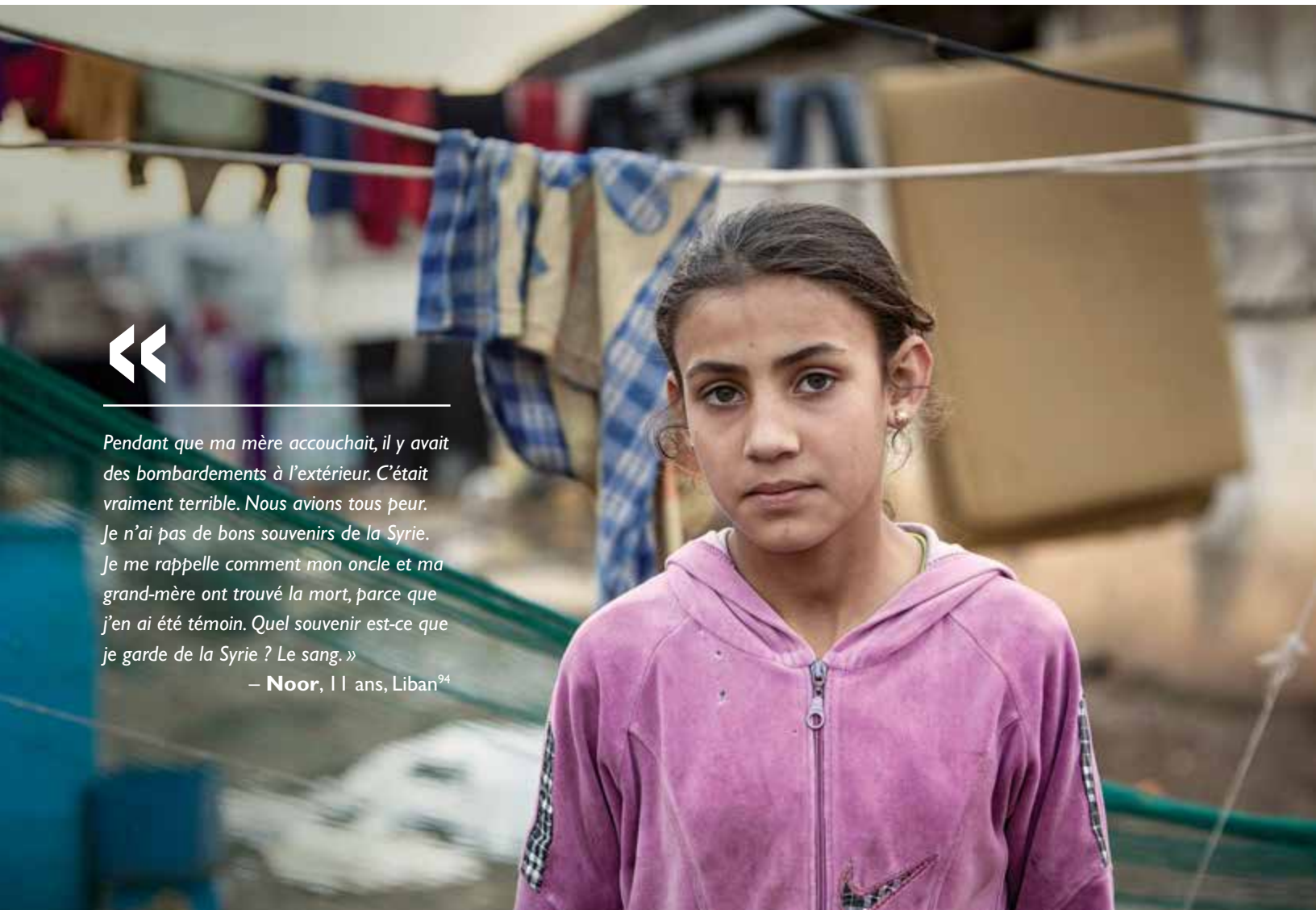
Les réfugiées syriennes disent souvent aux travailleurs humanitaires qu'elles sont terrifiées à l'idée de tomber enceintes⁶⁶. Dans une récente série d'entretiens menés par le personnel de Save the Children au Liban et en Jordanie, presque toutes les nouvelles mères ont dit ne pas vouloir tomber enceintes ou donner le jour à un enfant dans une situation si difficile. Nombre d'entre elles avaient déjà du mal à nourrir, habiller et loger les enfants qu'elles avaient. Elles ont expliqué qu'elles n'allaient pas assez bien sur les plans physique et émotionnel pour accoucher d'un nouveau bébé et s'en occuper.

Il en est de même pour les femmes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Lorsque les travailleurs humanitaires parlent aux femmes à l'intérieur de



Pendant que ma mère accouchait, il y avait des bombardements à l'extérieur. C'était vraiment terrible. Nous avons tous peur. Je n'ai pas de bons souvenirs de la Syrie. Je me rappelle comment mon oncle et ma grand-mère ont trouvé la mort, parce que j'en ai été témoin. Quel souvenir est-ce que je garde de la Syrie ? Le sang.»

– **Noor, 11 ans,** Liban⁹⁴



la Syrie – dont beaucoup ont été déplacées de chez elles et vivent dans des abris collectifs surpeuplés – elles disent que la dernière chose qu’elles souhaitent, c’est tomber enceintes. « Personne ne veut être enceinte dans les abris... c’est un avis qui fait l’unanimité partout où nous allons », a déclaré Laila Baker, la représentante du FNUAP en Syrie. « Il n’y a pas de place pour s’occuper d’un bébé, et c’est une autre bouche à nourrir. » En outre, les femmes craignent que le processus d’accouchement ne présente des complications, car l’accès aux soins prénatals, à des services d’accouchement sans risque et à des services obstétricaux est maintenant extrêmement limité⁶⁷.

À l’intérieur de la Syrie, il y a beaucoup d’endroits dans lesquels il n’est pas facile d’accéder aux outils de planning familial. Les réfugiées disent avoir eu des grossesses non désirées parce que lorsqu’elles étaient chez elles en Syrie, les villages se sont retrouvés à court de moyens de contraception⁶⁸.

Violence sexiste

Les données factuelles relatives à la violence à l’encontre des femmes en Syrie sont de plus en plus nombreuses⁷⁰. Près des trois quarts (74 pour cent) des personnes interrogées dans le cadre d’une évaluation de la protection des enfants menée dans des contextes de réfugiés durant la première moitié de 2013 ont indiqué une hausse de la violence sexuelle dans la zone qu’elles avaient fuie⁷¹. L’International Rescue Committee décrit le viol comme une « caractéristique considérable et perturbante de la guerre civile syrienne »⁷². Et la Commission d’enquête sur la Syrie des Nations Unies dit que « la violence sexuelle a constitué une caractéristique persistante du conflit ». Les enquêteurs des Nations Unies affirment que « la menace de viol est utilisée comme outil pour terroriser et punir les femmes, les hommes et les enfants »⁷³.

Des témoignages documentés par les enquêteurs des Nations Unies suggèrent que des actes de violence sexuelle à l’encontre des femmes et des filles ont été commis dans le cadre d’attaques, dans les centres de détention, aux postes de contrôle et peut-être durant des fouilles de domicile⁷⁴. Des femmes et des filles auraient été attaquées en public et chez elles, principalement par des hommes armés. Pour beaucoup, d’après l’IRC, les attaques ont eu lieu devant les membres de leur famille⁷⁵. Les écoles ont aussi été citées comme des lieux à haut risque⁷⁶. Dans le camp de Za’atari, les tentes et les latrines ont été identifiées comme les endroits où les actes de violence sexiste à l’encontre des filles risquent le plus de se produire. Pour les femmes, leur lieu de logement et les points de distribution étaient les lieux à plus haut risque⁷⁷.

Dans l’ensemble des agences humanitaires, en 2013, plus de 78 655 survivants d’actes de violence sexiste ont reçu un soutien psychosociologique, des premiers secours psychologiques, une aide médico-psychologique et la possibilité de suivre des programmes de formation professionnelle⁷⁸.

Le nombre insuffisant de dénonciations, la dénonciation tardive et la culture du silence font qu’il est difficile d’évaluer la véritable échelle de la violence sexiste parmi les réfugiés syriens. Des chercheurs de l’ONU en Jordanie se sont heurtés à une forte réticence parmi les réfugiés au moment de s’exprimer de manière précise. Les participants des deux sexes ont confirmé que les femmes ne peuvent pas parler ouvertement de la violence sexiste, que les survivants ont souvent peur de discuter de ce qu’il leur est arrivé. D’après un rapport des Nations Unies, les participantes ont ajouté que si une femme prenait la parole, elle pourrait faire l’objet d’insultes de la part de ses frères ou d’autres hommes de sa famille, parce que de tels propos déshonoreraient la famille⁷⁹. De même, au Liban, de nombreuses réfugiées qui subissaient des actes de violence de la



Je n’étais pas prête et je ne pensais pas pouvoir avoir un enfant, surtout dans ces circonstances. Normalement, avoir un enfant serait source de joie – la joie de donner le jour à une nouvelle âme. Mais dans ces circonstances, je ne voulais pas le bébé à cause des difficultés auxquelles nous étions confrontés.

– **Ghada**, 26 ans,
camp de réfugiés de
Za’atari, Jordanie⁶⁴



Pourquoi nous avons quitté la Syrie ? On pourrait croire que c'est à cause des bombes... mais non. Certes, les bombardements étaient terribles, mais nous pouvions les supporter, nous aurions survécu. Ce que nous ne pouvions pas supporter, c'est la constante menace de violences sexuelles. Dans ma rue, il y a une jeune fille qui a été attaquée ainsi devant son père pour punir ce dernier, puis les assaillants ont tué le père. J'ai vu son cadavre, et nous avons essayé d'aider la fille. Elle a survécu, mais en fait ils sont tous les deux morts ce jour-là, de différentes manières. »

– **Roha, 23 ans**⁶⁹

part de leurs partenaires intimes ont dit qu'elles ne signaleraient pas ces actes de peur d'être renvoyées en Syrie par leurs maris respectifs⁸⁰.

Les agences de protection continuent d'exprimer leur inquiétude concernant l'aptitude des femmes à signaler les cas de violence sexiste et à recevoir des services de qualité en Syrie, en particulier dans des zones connaissant une intensification des combats comme Alep, Homs et le Damas rural⁸¹. Le fait qu'un nombre insuffisant de personnes soient au courant des services de soutien aux victimes a été cité comme un domaine clé de préoccupation dans plusieurs évaluations à l'intérieur et à l'extérieur de la Syrie. Une évaluation menée en 2013 en Jordanie (à l'intérieur et à l'extérieur des camps), par exemple, a indiqué une disponibilité et des connaissances limitées concernant les services cliniques destinés aux survivants de violences sexuelles, ce qui en entravait potentiellement l'utilisation par la population⁸².

Une autre étude menée l'an dernier parmi des réfugiés venus de Syrie et vivant en dehors de camps en Jordanie a constaté que les services spécialisés, confidentiels et utiles actuellement disponibles aux femmes et aux enfants syriens ayant survécu à des actes de violence sexiste ne sont pas suffisants, et que lorsque les ressources de ce type sont disponibles, les réfugiés n'en sont souvent pas conscients. Un pourcentage alarmant (83 pour cent) des réfugiés interrogés n'étaient au courant d'aucun service disponible pour les survivants d'actes de violence sexiste au sein de leur communauté⁸³. Plus de 80 pour cent des personnes interrogées dans le cadre d'une évaluation interorganisations de la protection des enfants en Syrie ont également déclaré qu'elles ne savaient pas où les enfants ayant survécu à des actes de violence sexuelle pouvaient obtenir une aide⁸⁴.

Mariage précoce des filles syriennes

Les mariages précoces n'étaient pas rares avant le conflit, mais certains pensent que les filles syriennes se marient maintenant encore plus tôt⁸⁶. Des témoignages ont été recueillis qui indiquent que les réfugiées syriennes en Égypte, en Jordanie, au Liban, en Libye et en Turquie sont contraintes de se marier – souvent avec des hommes beaucoup plus âgés qu'elles – sous prétexte qu'il faut protéger leur vertu et les sauver de la dure vie des camps de réfugiés. En Égypte, il y aurait eu des milliers de mariages entre des réfugiées syriennes et des Égyptiens⁸⁷. En Jordanie, où un mariage moyen peut coûter au marié jusqu'à 21 000 dollars, la dot pour une Syrienne est généralement d'entre 140 et 700 dollars. « Épouser une Syrienne est maintenant à la portée des hommes jordaniens les moins aisés qui n'avaient pas les moyens de payer une dot auparavant », d'après un chroniqueur. « Et pour ceux qui en ont les moyens, épouser quatre réfugiées d'un seul coup pourrait constituer un vrai sujet d'orgueil »⁸⁸.

Les groupes de femmes s'élèvent contre cette situation et soutiennent que ces pratiques relèvent de la traite d'êtres humains et vont à l'encontre des conventions internationales sur les droits de l'homme. Des activistes syriennes ont lancé une campagne via les médias sociaux intitulée « Réfugiées, pas captives », à l'aide de Facebook et Twitter, pour dénoncer les mariages précoces, ainsi que ceux qui encouragent les hommes à épouser des filles syriennes pour des motifs « altruistes »⁸⁹. Le Conseil national égyptien pour les droits de la femme a condamné ce phénomène dans son pays, déclarant que ces mariages sont « des crimes commis contre les femmes en prenant la religion comme prétexte »⁹⁰. Et en Jordanie, le ministère de l'Intérieur a distribué un arrêté qui oblige tous les tribunaux à informer les couples du fait que les contrats de mariage qui n'ont



Ma fille a 16 ans et elle adorait aller à l'école. Elle était première de la classe et voulait devenir architecte. Mais nous nous faisons trop de souci pour elle. Ils attaquaient les femmes. Nous ne pouvions pas la protéger, alors nous avons dû la marier. Elle est innocente et très jolie. Je sais bien que les hommes font du mal aux femmes – des femmes âgées, des femmes célibataires, toutes les femmes. Elle ne voulait pas se marier, elle voulait continuer ses études. Cela arrive souvent en Syrie, de nombreuses femmes que je connais marient leurs filles – même celles qui ont moins de 16 ans – pour les protéger. »

– **Um Ali, Liban**⁸⁵



pas lieu dans des tribunaux officiels seraient invalidés, et que le marié serait tenu juridiquement responsable⁹¹.

Un groupe de travail sur les mariages forcés et précoces a été établi en Jordanie durant le premier trimestre de 2014, coprésidé par le HCR et le FNUAP. Il a pour but de servir de plateforme pour l'échange d'informations, la prestation d'un soutien technique, l'élaboration d'actions conjointes pour aborder la question du mariage forcé et précoce, le renforcement des capacités des différentes parties prenantes et l'élaboration d'un plan d'action conjoint pour réduire le risque et atténuer les conséquences du mariage forcé et précoce en Jordanie.



Agir pour les mères et les enfants en situation de crise

Aux quatre coins du monde, des progrès spectaculaires sont en cours pour sauver la vie de mères et d'enfants. Nous avons maintenant atteint un point de bascule : mettre fin aux décès évitables de mères et d'enfants est à notre portée. Mais cette occasion historique sera gâchée si nous ne relevons pas le défi de la situation des mères et des enfants laissés pour compte, dont beaucoup vivent dans des États fragiles et touchés par des conflits. Plus de la moitié des décès maternels et des enfants de moins de cinq ans imputables à des causes évitables ont lieu dans des contextes de fragilité qui présentent un fort risque de conflits et sont tout particulièrement vulnérables face aux effets des catastrophes naturelles.

Les 15 dernières années de l'*Indice des mères* de Save the Children révèlent les chiffres suivants :

- 67 pour cent des 10 pays occupant les dernières positions étaient en situation de crise humanitaire ou en voie de se relever d'une telle crise les années où ils figuraient parmi les 10 derniers¹.
- Presque 60 pour cent des pays figurant parmi les 10 derniers chaque année étaient touchés par un conflit ou en émergeaient.
- Sur les 28 pays ayant jamais occupé une place parmi les 10 derniers, tous sauf quatre ont des antécédents récents de conflit armé.

Les mères et les nouveau-nés se heurtent à des difficultés sans précédent dans ces pays. Dans les contextes de crise, leur vulnérabilité face à la maladie, la malnutrition et la violence s'accroît considérablement. Nombre d'États fragiles et en situation de conflit sont par ailleurs tout particulièrement vulnérables aux catastrophes naturelles, qui ont souvent les effets les plus graves sur les familles les plus pauvres. Ce sont à ces enfants et à ces mères que nous devons venir en aide si nous voulons atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la survie des mères et des enfants.

Le monde entier doit agir, de toute urgence, pour les mères, les enfants et les nouveau-nés des États fragiles – ceux dont l'instabilité fait qu'ils échouent à fournir aux femmes, aux filles et aux garçons les éléments fondamentaux dont ils ont besoin pour survivre. Et lorsqu'une catastrophe survient, le monde entier doit être prêt à réagir rapidement et à veiller à ce que les besoins immédiats en matière de santé des femmes et des enfants soient satisfaits tout en bâtissant la stabilité à long terme.

Nous savons qu'il est possible de faire des progrès. Des pays comme le Népal ont considérablement amélioré la santé infantile et maternelle même en situation de conflit. La volonté politique, étayée des ressources adéquates, peut faire avancer les pays, même dans les contextes les plus difficiles.

Que faut-il faire ?

Les pouvoirs publics nationaux, les pays donateurs, les organisations internationales, le secteur privé et la société civile ont la responsabilité partagée de veiller à ce que les mères et les nouveau-nés qui vivent dans des contextes de crise aient les meilleures chances de survivre et de jouir d'une bonne santé. Le *Plan d'action* « *Chaque nouveau-né* » sera présenté à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2014 dans le cadre du mouvement « *Chaque femme, chaque enfant* » du Secrétaire général des Nations Unies et présentera les actions requises pour obtenir une réduction de deux tiers du taux de mortalité néonatale. Pour parvenir à la survie maternelle, néonatale et infantile, il faudra mettre les mères et les nouveau-nés des pays touchés par des conflits au cœur même de ces efforts et des autres efforts nationaux et internationaux. Tous ensemble, nous devons :

1) Veiller à ce que chaque mère et chaque nouveau-né en situation de crise ait accès à des soins de qualité. Cet aspect est impératif lorsque le risque de mortalité est le plus élevé – durant le travail de l'accouchement, à la naissance et pendant la première semaine de vie, comme le stipule le *Plan d'action* « *Chaque nouveau-né* ». Pour garantir l'accès à des soins de santé de qualité, il faut :

- Veiller à ce que les soins de santé primaires et secondaires soient fournis en fonction des besoins et soient abordables pour tous, en supprimant toutes les barrières financières aux soins de santé dans les contextes de crise.
- Aider les femmes à accoucher dans de bonnes conditions en veillant à ce que les agents sanitaires soient en sécurité et disposent des médicaments et des fournitures dont ils ont besoin.
- Accroître le nombre d'agents sanitaires qualifiés et de sexe féminin intervenant dans des situations de crise à travers une formation améliorée et élargie, des salaires adéquats et des moyens incitatifs comme le partage des tâches.

- Renforcer le système de santé en général en investissant dans son leadership et sa gouvernance, dans les infrastructures, les produits de base et les fournitures, la prestation des services, les systèmes d'information et le financement.
- Assurer au moins les interventions minimales standard de santé publique à fort impact comme les vaccinations, l'eau et l'assainissement.
- S'acquitter des obligations internationales de protection des agents sanitaires et des établissements de soins contre les attaques et améliorer la collecte de données sur les attaques à l'encontre des agents sanitaires. Les agents sanitaires et les établissements de soins dans les contextes de conflit doivent être soutenus – et pas ciblés – pour qu'ils puissent continuer à assurer la base permettant de maintenir la disponibilité des services essentiels.
- Renforcer les soins de santé maternelle et le planning familial. L'accès universel au planning volontaire est essentiel. Il faut mener des campagnes d'information sanitaire qui parviennent aux mères et aux pères et soutiennent le choix des femmes à accéder à des soins de santé, ainsi que des services de réponse à la violence sexuelle accessibles et de bonne qualité.

2) Investir dans les femmes et les filles et assurer leur protection. Les investissements dans les femmes et les

filles ont fait leurs preuves en tant que facteurs d'impact positif sur la santé maternelle et néonatale. Parmi les sortes d'investissements qui peuvent autonomiser et protéger les mères et les nouveau-nés, on peut citer :

- Investir dans les activités productives et les moyens de subsistance sûrs des femmes et des filles, y compris les agricultrices. L'investissement dans des initiatives de microfinancement destinées aux femmes et aux adolescentes peut leur fournir les outils, les revenus et les capacités leur permettant de se lancer dans l'agriculture et dans d'autres activités qui renforcent leur accès aux biens et aux ressources et le contrôle qu'elles exercent sur eux, et leur permet d'acquérir des compétences, des connaissances et l'accès aux processus de prise de décisions.
- Promouvoir l'éducation des filles, en veillant à ce que l'éducation se poursuive en situation de crise et à ce que les filles aient un accès égal à l'école dans les États fragiles et les contextes d'intervention en situation d'urgence. Un niveau supérieur de financement devrait être alloué à l'éducation des filles et à l'éducation en situation d'urgence. Toutes les attaques sur l'éducation devraient faire l'objet d'enquêtes et leurs auteurs de poursuites judiciaires. Les gouvernements devraient soutenir et appuyer les *Lignes directrices de Lucens pour la protection des écoles et des universités contre l'utilisation militaire durant les conflits armés*.



Kenya



Pakistan

- Faire figurer la prévention des actes de violence sexiste et la réponse à ces actes dans un ordre du jour complet pour l'amélioration de la santé reproductive dans les contextes de crise. En situation de crise, les femmes et les filles courent un plus grand risque de violence, ce qui peut accroître la probabilité de grossesses et d'accouchements problématiques. On peut faire des progrès en élaborant et en investissant dans des stratégies de prévention comme : faire participer les filles et les femmes à la planification des installations de personnes et à la distribution des ressources, identifier les individus en situation de risque comme les femmes chefs de famille et les enfants non accompagnés, mener un travail de sensibilisation à la manière dont les femmes et les filles sont perçues et traitées afin de réduire l'acceptation par la société de la violence sexiste, impliquer activement les garçons et les hommes dans les efforts de prévention de la violence sexiste, et mettre au point des systèmes de dénonciation et d'enquête confidentiels.
- Faire figurer des actions de prévention du mariage infantile et autres pratiques traditionnelles néfastes dans les lignes directrices visant à prévenir la violence

sexiste en situation d'urgence et à y répondre, et les intégrer dans les plans d'intervention des organisations humanitaires.

- Renforcer les mécanismes communautaires de protection des enfants pour suivre et répondre aux menaces sur la protection des femmes et des filles.

3) Renforcer la résilience à plus long terme pour réduire au minimum les effets néfastes des crises sur la santé.

Cela suppose de :

- Renforcer la préparation et la réponse précoce au niveau des communautés. Dans les zones où les crises sont récurrentes, le moment où elles éclatent est souvent prévisible. L'élaboration de plans d'urgence et un financement souple, conjugués à la volonté politique requise pour agir avant, et non après, le moment où survient la crise, permettront d'éviter la mortalité excessive associée à la crise. Un effort proactif devrait être fourni pour faire participer les femmes à l'élaboration des plans d'urgence et pour veiller à ce que les systèmes d'alerte rapide tiennent compte du degré d'accès aux technologies parmi les femmes et de leurs différentes stratégies d'adaptation.

- Concevoir des politiques et des programmes de protection sociale qui permettent de satisfaire les besoins des plus vulnérables. Dans les zones souffrant de malnutrition chronique en particulier, il est nécessaire d'avoir un système de protection sociale large et inclusif à même de protéger les ménages et les enfants les plus pauvres des privations extrêmes et d'offrir des opportunités pour la promotion de moyens de subsistance et d'activités productives pour les femmes ainsi que les hommes. L'autonomisation des femmes au sein du ménage et de la communauté contribue à veiller à ce que les femmes ne soient pas limitées dans leur aptitude à protéger et à subvenir aux besoins de leurs enfants.
 - Donner la priorité à la préparation en vue de l'Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE), y compris l'élaboration de plans complets d'urgence et d'intervention, de politiques générales, de stratégies et de lignes directrices pour l'ANJE en situation d'urgence, le développement des capacités et le renforcement de la programmation ANJE et des systèmes complémentaires.
 - Investir davantage dans la réduction des risques de catastrophe (RRC). Il devrait s'agir, entre autres, de financements accrus pour les programmes de RRC et d'une intégration plus poussée de la réduction des risques dans les politiques générales et les programmes des gouvernements et des bailleurs de fonds. Un soutien accru aux systèmes d'alerte précoce et des activités de planification de la préparation des communautés et d'atténuation des effets des catastrophes peuvent renforcer la résilience des systèmes de santé et contribuer à éviter les pires effets des catastrophes, y compris la malnutrition aigüe et l'effondrement des systèmes de soutien aux mères et aux nourrissons. La prestation d'un appui aux initiatives communautaires – comme un fonds de ressources communautaires qui puisse être géré par des mères leaders pour des activités comme les banques alimentaires, ou le pré-positionnement de stocks au niveau villageois – peut contribuer à faire en sorte que les besoins locaux soient satisfaits lors d'une crise.
 - Veiller à ce que les investissements soient fondés sur des évaluations solides des risques. Les activités appuyées par des ONG et des gouvernements doivent se baser sur des évaluations solides des risques qui identifient et examinent les vulnérabilités précises des différents groupes, y compris les femmes enceintes et allaitantes, et les femmes en général. Elles doivent faire l'objet d'un suivi pour prendre en compte le contexte de risques en mutation et veiller à ce que les activités et les interventions soient appropriées.
 - Intégrer la sensibilité aux conflits dans tous les programmes et politiques de RRC dans les zones sujettes aux catastrophes naturelles ainsi qu'aux conflits. Cela devrait se baser sur une compréhension solide des tensions sous-jacentes et des fractures liées au conflit, et des difficultés sans pareilles auxquels sont confrontés les nouveau-nés dans ces contextes. Il faudrait également mener une analyse des questions de genre pour identifier les risques en matière de protection pour les filles et les femmes, ainsi que les garçons et les hommes, afin que ces programmes ne viennent pas accidentellement les aggraver, tout au moins.
- 4) Concevoir des interventions en situation d'urgence avec un horizon à long terme et en tenant compte des besoins spécifiques des mères et des nouveau-nés.** Pour ce faire, il faut :
- Faire des soins de santé reproductive un élément essentiel de l'intervention en situation d'urgence à travers les activités prioritaires du *Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé reproductive en situations de crise* en ce qui concerne les soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés dans les situations d'urgence.
 - Veiller à ce que les programmes de vaccination se poursuivent et soient améliorés lors d'une crise pour prévenir les maladies évitables grâce à la vaccination. Il pourrait s'agir d'introduire de nouveaux vaccins comme le vaccin antipneumococcique ou antirotavirus.
 - Élever la survie maternelle et néonatale au rang de priorité dans les interventions humanitaires en concevant et mettant en œuvre des programmes de préparation aux situations d'urgence et d'intervention dans ces situations qui englobent une attention aux besoins spéciaux des femmes et des nouveau-nés, en particulier autour du moment de la naissance, en prévoyant des soins spéciaux pour les nouveau-nés malades et de petite taille afin de protéger leur santé et de favoriser leur survie. Il s'agit de :
 - Distribuer aux femmes qui pourraient ne pas être en mesure de donner naissance dans un établissement de soins des fournitures permettant d'accoucher dans des conditions salubres et de dispenser des soins néonataux
 - Fournir des services de qualité à la population cible durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale
 - Promouvoir les soins néonataux essentiels en mettant en œuvre les huit interventions vitales à la naissance : soins qualifiés lors de l'accouchement et soins obstétricaux d'urgence, gestion des naissances

prématurées, soins néonataux de base, réanimation néonatale, soins mère kangourou, traitement des infections néonatales graves, soins et soutien en milieu hospitalier pour les nouveau-nés de petite taille et malades, et prévention de la transmission mère-enfant du VIH

- Fournir des médicaments et des fournitures pour que les infirmiers, les sages-femmes et les autres soignants puissent venir en aide aux nouveau-nés malades
 - Aider les agents sanitaires communautaires à identifier les femmes enceintes et les nouveau-nés et les mettre en contact avec le système de santé
 - Identifier et transférer les nouveau-nés malades au niveau approprié de soins à travers un système fonctionnel d'aiguillage
- Mettre en place des espaces ou des centres d'accueil pour les mères et les bébés afin d'encourager l'allaitement

dans les situations d'urgence. Ces centres offrent aux mères un endroit calme, sûr, privé et accueillant où elles peuvent allaiter leurs bébés, ainsi que des conseils sur l'allaitement et les options optimales d'alimentation complémentaire. Des conseillers en relactation et en services de nourrice peuvent également aider les mères qui ont eu recours au lait maternisé à reprendre l'allaitement exclusif. Les substituts du lait maternel devraient être distribués seulement lorsque l'allaitement maternel est impossible et encore, de manière soigneusement ciblée et dans de bonnes conditions d'hygiène.

- Améliorer l'accès à un soutien qualifié en matière d'Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) et de soins aux nourrissons non allaités en tant qu'intervention essentielle et vitale dans les situations d'urgence. Les acteurs nationaux et internationaux devraient accorder la priorité au développement des capacités, au renforcement des organismes de coordination et à la disponibilité des ressources nécessaires.



République centrafricaine

5) Veiller à un financement, une coordination et des recherches adéquats pour garantir que les actions ci-dessus puissent être accomplies. Pour ce faire, il faudra :

- Veiller à ce que les discussions et processus internationaux en matière de développement et de secours humanitaires en cours mettent les femmes, les filles et les garçons au cœur de toutes les actions et se renforcent mutuellement. Une analyse de ce qui est requis pour améliorer la santé maternelle et néonatale dans les États fragiles doit être au cœur même de l'ordre du jour des OMD post-2015 et du Sommet humanitaire mondial de 2016. Il sera nécessaire de coordonner les discussions ainsi que la mise en œuvre des initiatives qui en découleront pour maximiser l'impact et prévenir les lacunes ou les efforts concurrents.
 - Les bailleurs de fonds devront s'engager à augmenter l'aide prévisible à long terme destinée à la santé octroyée aux États fragiles. Les mécanismes de financement pour cette aide doivent être souples et en mesure de répondre à des contextes différents et en mutation. Les gouvernements donateurs doivent respecter les engagements qu'ils ont pris concernant l'harmonisation et l'alignement de la prestation d'aide, et remédier aux disparités sur le plan de l'aide allouée, aux doublons et au manque d'attention accordée aux États fragiles.
 - Rapprocher le financement des secours humanitaires/lors de catastrophes à court terme et le développement à long terme pour reconstruire les systèmes et infrastructures de santé et réduire au minimum les effets des catastrophes futures. Il s'agit entre autres de veiller à ce que les interventions de santé dans les situations d'urgence ne nuisent pas aux soins de santé à plus long terme, de la nécessité de construire des sources de revenus nationaux à long terme et de celle de veiller à l'accès à travers la couverture sanitaire universelle, de mise en commun des ressources et le partage des risques afin d'éviter les frais directs au moment du traitement.
 - Accroître la quantité d'aide octroyée par les bailleurs de fonds répondant aux appels qui est canalisée vers des projets ciblant spécifiquement les questions de genre comme l'autonomisation des filles et des femmes, la violence sexiste, et l'exploitation sexuelle et les abus de filles, de garçons et de femmes lors des crises humanitaires.
- Atteindre la cible du Secrétaire général des Nations Unies, à savoir que la finalité première de 15 pour cent de tous les projets établis post-conflit concerne les besoins propres aux femmes, le progrès de l'égalité des sexes ou l'autonomisation des femmes.
 - Remédier au manque de données concernant l'impact des crises sur la survie maternelle et infantile, y compris l'épidémiologie des principales causes de la mortalité, la couverture et l'utilisation des services de santé, et l'utilisation améliorée des données pour éclairer la programmation. Dans les contextes d'urgence en particulier, il y a une pénurie de données sur le type de maladies qui touchent les femmes et les enfants, sur la couverture des services et des interventions de santé et sur le taux de mortalité maternelle et infantile. Il faut aussi de meilleures données plus généralement sur les indicateurs relatifs aux soins de qualité et des informations sur la mortalité. Il est crucial que les pouvoirs publics nationaux, les instituts universitaires et d'autres parties prenantes s'engagent à recueillir des données, à les utiliser et à les partager pour favoriser l'apprentissage à l'échelle mondiale.

Les crises et la fragilité ayant des causes et manifestations multiples, il n'y a pas de formule unique qui s'adaptera à tous les contextes. Les gouvernements, les bailleurs de fonds et les partenaires doivent investir dans des stratégies pouvant être adaptées à différents niveaux de la participation des gouvernements, aux capacités institutionnelles et aux contextes nationaux. Ils doivent par ailleurs se pencher sur les besoins immédiats prioritaires, promouvoir et mettre en œuvre des interventions rentables et engendrant un impact considérable, et construire et soutenir les systèmes de santé.

Un aspect crucial est que les mères et les enfants doivent être aidés à collaborer efficacement avec les acteurs nationaux et internationaux : influencer les politiques publiques, les interventions et les institutions ; suivre les résultats sur le plan de la santé ; et exiger des comptes aux pouvoirs publics, aux bailleurs de fonds et aux acteurs humanitaires et de développement pour ce qui est de la réalisation de l'objectif de mettre fin aux morts maternelles, néonatales et infantiles évitables.



L'Indice des mères fête son 15^e anniversaire

De l'Afrique subsaharienne à la Scandinavie, les mères font changer les choses tous les jours

En 2000, Save the Children a créé l'*Indice des mères* pour documenter les conditions de vie des mères du monde entier, en indiquant les lieux où elles vivent le mieux et ceux où elles se heurtent aux plus grandes difficultés. Pourquoi Save the Children se préoccupait-elle autant des mères ? Parce que des dizaines d'années d'expérience de programme nous avaient montré que la qualité de vie des enfants dépend en grande mesure de la santé, de la sécurité et du bien-être de leur mère. L'aptitude des mères, en tant qu'aidantes primaires dans pratiquement toutes les sociétés, à prendre des décisions éclairées sur leurs enfants – leur santé, leur éducation et leurs valeurs – a une incidence à vie sur ces derniers. Mettre fin aux décès maternels évitables constitue une priorité urgente à part entière. Mais c'est aussi l'une des manières les plus sûres de sauver la vie d'enfants.

Cette année, alors que nous publions notre 15^e *Indice des mères* annuel, nous nous penchons sur les tendances observées à ce jour durant le siècle en cours.

Nous constatons que les investissements dans les mères et les enfants ont sauvé des vies et placé des pays sur le chemin d'un avenir meilleur. Nous observons par ailleurs les lieux où ces investissements ont été insuffisants, ceux où la survie et le bien-être des mères et des enfants n'ont pas fait suffisamment de progrès et les pays qui prennent du retard.

L'*Indice des mères* est construit de manière à mesurer la situation globale des mères. Comme les données portant spécifiquement sur les mères sont limitées, l'*Indice* est un indice composite des éléments qui constituent le bien-être d'une femme et de ceux qui forment le bien-être d'un enfant. Les indicateurs mesurent ce qui importe le plus pour une mère : sa santé, la santé de ses enfants, son propre niveau d'éducation et celui de ses enfants, la situation économique de la famille et le fait de pouvoir se faire entendre sur le plan des politiques publiques qui ont une incidence sur elle. Certains de ces indicateurs sont des mesures directes de la survie



maternelle et infantile ; d'autres sont étroitement liés et contribuent directement aux progrès en matière de santé et de bien-être maternels et infantiles.

Comme le jeu de données de l'*Indice* a évolué au fil des ans, avec deux révisions méthodologiques d'envergure et l'ajout de plus de 70 pays (dont la plupart ont fait leur entrée au niveau intermédiaire du classement), cette analyse se concentre sur les tendances et observations générales dans l'ensemble des premiers et des derniers pays. Pour un complément d'informations sur les limites de cette analyse, voir les Notes relatives à la méthodologie et aux recherches.

Crises humanitaires dans les 10 derniers pays

L'*Indice des mères* indique clairement le rôle majeur qu'ont joué les conflits, la fragilité et les catastrophes naturelles au moment de saper le bien-être des mères et des enfants au cours des 15 dernières années. La majorité des 10 pays occupant les dernières places de l'*Indice* chaque année se trouvaient en situation d'urgence humanitaire ou émergeaient d'une situation d'urgence récente. Sur les 28 pays classés parmi les 10 derniers depuis 2000, tous sauf quatre ont des antécédents récents de conflits armés¹ et tous sauf un sont des États actuellement ou précédemment fragiles². Près des deux tiers (18 sur 28) sont caractérisés par des catastrophes naturelles persistantes³.

Depuis le lancement de l'*Indice* en 2000, sept pays différents ont occupé la dernière position : le Niger (neuf fois), l'Afghanistan (deux fois), le Burkina Faso (une fois), la République démocratique du Congo (une fois), la Guinée-Bissau (une fois), le Mali (une fois)⁴ et la Somalie (une fois). Sur ces sept pays, six ont des antécédents de conflit et tous sauf la Guinée-Bissau ont subi des catastrophes naturelles récurrentes durant cette période. Cinq des sept pays se situent en Afrique de l'Ouest ou centrale, la région qui est le plus à la traîne en termes de progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la survie maternelle et infantile.

Les reportages médiatiques internationaux – les rares fois où ils portent sur les pays les moins bien classés – décrivent des ruptures dans les secteurs des soins de santé, de l'éducation, de l'économie et de la gouvernance qui sont caractéristiques des crises humanitaires. Mais la plupart de ces pays figuraient déjà parmi les plus pauvres du monde au départ, et les récentes catastrophes n'ont fait qu'exacerber les problèmes qui persistent depuis des dizaines d'années. Les besoins humains négligés ont été à la fois une cause et une conséquence de conflits dans des pays comme la République centrafricaine, l'Éthiopie, la Somalie et le Soudan. Et les familles les plus durement touchées lors de toute catastrophe – qu'elle soit « naturelle » ou causée par l'homme – tendent à être les plus pauvres des pauvres, principalement des femmes et des enfants.

Afin d'améliorer les conditions de vie pour les mères et les enfants des pays figurant en bas de l'*Indice*, il est évident que nous devons en faire plus pour mettre fin aux conflits et les prévenir, pour réduire la vulnérabilité face aux catastrophes et pour fournir soins de santé, nutrition et éducation aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. La satisfaction de ces besoins dans les contextes de crise est un défi, mais les événements récents indiquent que des progrès sont possibles. L'Afghanistan et le Népal ont tous deux passé plusieurs années parmi les 10 derniers pays, les conflits armés en leur sein limitant les services de base et contribuant à de nombreuses morts et à une grande souffrance. Ces deux pays ont par ailleurs été durement frappés par des catastrophes naturelles récurrentes – au moins une par an depuis 15 ans. Or, ils ont tous deux vu leur classement dans l'*Indice des mères* s'améliorer de façon

spectaculaire, l'Afghanistan occupant maintenant la 33^e position depuis le bas et le Népal la 63^e (voir colonne en encadré pour un complément d'information sur les actions efficaces qu'ont entreprises l'Afghanistan et le Népal).

D'autres pays touchés par des conflits se sont montrés plus lents au moment de traduire la reconstruction post-conflit en gains pour les mères et les enfants. La Sierra Leone et le Libéria, par exemple, ne connaissent pas de conflit depuis

plus de dix ans, mais la Sierra Leone figure encore parmi les 10 derniers pays (septième à partir du bas sur l'*Indice*) et le Libéria est à seulement deux places au-dessus des 10 derniers (12^e en partant du bas). Il est vrai que ces deux pays affichaient des taux de mortalité exceptionnellement élevés en 2000 et qu'ils ont fait des progrès considérables pour ce qui est d'améliorer les soins de santé et les taux de mortalité durant les 15 dernières années, mais ces progrès n'ont pas suffi à les faire dépasser les autres pays figurant dans l'*Indice*. Dans ces deux pays, à l'heure actuelle, 1 femme sur 24 finit par mourir durant la grossesse ou l'accouchement. En 2000, le Sierra Leone affichait le taux de mortalité infantile le plus élevé du monde ; il l'est encore aujourd'hui, puisque 18 pour cent des enfants sierra-léonais ne survivent pas jusqu'à leur 5^e anniversaire. Ces deux pays sont aussi à la traîne pour ce qui est du statut politique des femmes ; en effet, seulement 12 pour cent des sièges parlementaires sont occupés par des femmes (par rapport à plus de 20 pour cent dans l'ensemble de la région)⁵ et ils restent tous deux parmi les endroits les plus pauvres du monde⁶.



Violence en République centrafricaine

« Une femme qui était enceinte de quatre mois est arrivée en perdant beaucoup de sang. Elle était venue de la brousse pour nous demander de l'aide. Malheureusement, elle a perdu son bébé, à cause du stress, de la fatigue et de la pression qu'elle avait subis. Son corps n'a pas pu le supporter. » – Christy, sage-femme, camp de PDI de Mukassa¹⁶

Une grave crise humanitaire s'est intensifiée en République centrafricaine après le coup d'État de mars 2013. Presque tous les habitants du pays sont touchés et, d'après les estimations, 2,5 millions de personnes (soit la moitié de la population) ont maintenant besoin de secours humanitaires, y compris plus d'un million d'enfants¹⁷.

La violence et la peur se sont emparées du pays, ce qui a abouti au quasi-effondrement de l'administration et des infrastructures publiques, et à la rupture de nombreux services sociaux de base. Des groupes armés ont lancé des attaques indiscriminées à l'encontre de civils, commis des actes de violence sexuelle et sexiste, et ont recruté des enfants pour qu'ils prennent part aux combats. De nombreuses personnes se sont vues contraintes de quitter leur domicile, perdant du même coup leurs biens et leurs moyens de subsistance. Les maladies se propagent et il y a un potentiel accru d'épidémies.

Même avant la plus récente vague de violence, la situation du pays en matière de santé était précaire, la RCA affichant des indicateurs de santé parmi les pires du monde. La RCA était d'ores et déjà l'un des pays du monde où il était le plus difficile d'être une mère ou un enfant – elle affichait le sixième taux de mortalité infantile et le troisième taux de mortalité maternelle les plus élevés du monde¹⁸. La RCA a toujours figuré parmi les pays les moins bien classés de l'*Indice des mères* : dans les 10 derniers pendant six des 15 dernières années (le pays n'ayant pas pu être classé pendant cinq ans du fait du manque de données).

À présent, le système de santé, qui était déjà faible, s'est pratiquement effondré. Les établissements de soins ont été pillés et nombre de membres du personnel médical ont fui leurs postes. Le manque de médicaments essentiels, de fournitures et de professionnels de la santé a gravement nui à la possibilité pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les mères de recevoir les soins de santé dont ils ont besoin¹⁹.

Pays ayant figuré parmi les 10 derniers du classement 2000-2014

PAYS	NOMBRE D'ANNÉES PARI LES 10 DERNIERS	NOMBRE D'ANNÉES SUR L'INDICE	% D'ANNÉES PASSÉES PARI LES 10 DERNIERS	DERNIÈRE ANNÉE DE CLASSEMENT PARI LES 10 DERNIERS
Niger [†]	13	13	100 %	2014
Tchad*	13	14	93 %	2014
Mali [†]	13	15	87 %	2014
Guinée-Bissau	12	13	92 %	2014
Yémen* [†]	12	15	80 %	2012
Éthiopie* [†]	9	15	60 %	2008
République démocratique du Congo* [†]	8	8	100 %	2014
Sierra Leone*	8	11	73 %	2014
Burkina Faso [†]	8	15	53 %	2007
Érythrée*	7	13	54 %	2012
République centrafricaine [†]	6	10	60 %	2014
Angola* [†]	5	11	45 %	2009
Gambie [†]	5	15	33 %	2013
Soudan* [†]	4	13	31 %	2012
Afghanistan* [†]	3	5	60 %	2012
Djibouti	3	9	33 %	2009
Guinée [†]	3	11	27 %	2003
Mauritanie [†]	3	14	21 %	2005
Népal* [†]	3	15	20 %	2005
Somalie* [†]	2	2	100 %	2014
Nigéria [†]	2	14 [§]	14 %	2014
Côte d'Ivoire	2	15 [§]	13 %	2014
Bénin	2	15	13 %	2002
Burundi* [†]	2	15	13 %	2001
Soudan du Sud	1	3	33 %	2012
Guinée Équatoriale	1	8	13 %	2010
Libéria*	1	9	11 %	2006
Cambodge [†]	1	13	8 %	2005

NB : Les pays en rouge étaient « en situation de conflit » à un moment ou à un autre de la période 2000-2013, à l'exception de la Guinée-Bissau, en conflit de 1998 à 1999, qui était donc considérée comme « émergeant d'un conflit » en 2000-2001. Le Burkina Faso et la Gambie ont connu des conflits dans les années 1980, mais ne sont pas considérés comme des pays post-conflit aux fins de cette analyse. Le Bénin et la Guinée équatoriale n'ont pas d'antécédents de conflit d'après l'Uppsala Conflict Data Program (UCDP). Pour un complément d'informations, voir les Notes relatives à la méthodologie et aux recherches.

* Le conflit (2000-2013) a atteint l'intensité d'une « guerre ». La Sierra Leone, qui était en guerre de 1998 à 1999 et a été touchée par des conflits post-guerre de 2001 à 2002, a été incluse dans ce groupe.

† Pays qui a subi des catastrophes naturelles récurrentes durant la période 1999-2013.

§ Durant six de ces années (2007-2012), ces deux pays occupaient les dernières places au sein du groupe des pays « les moins avancés » étudiés.

Gains et pertes au milieu du tableau

Le nombre de pays figurant dans l'*Indice des mères* a cru d'une année sur l'autre ; en effet, de nouveaux pays ont été créés, plus de pays ont commencé à présenter des données et les modifications des indicateurs ont allongé la liste. En 2000, l'*Indice* classait 106 pays ; en 2014, il en comporte 178. Bien que le classement de chaque pays soit relatif à celui des autres pays, la croissance de l'*Indice* fait qu'il est tout particulièrement difficile de comparer les changements survenus parmi les pays occupant les positions intermédiaires.

Si l'on examine chaque indicateur séparément, voici quelques exemples de progrès notables :

- Depuis 2000, l'**Éthiopie** a réduit son risque de décès maternel sur la vie entière de presque deux tiers (de 1 sur 24 à 1 sur 67) – plus que n'importe quel autre pays du continent africain. En 2010, la part de sièges parlementaires occupés par des femmes en Éthiopie avait augmenté à un rythme soutenu, passant de 3 à 26 pour cent.
- L'**Afghanistan**, le **Bangladesh**, le **Bhoutan** et le **Népal** ont tous réduit leurs taux de décès maternel d'entre 60 et 70 pour cent depuis l'an 2000.
- L'**Estonie** est passée d'une position où ses taux de décès maternels et infantiles étaient parmi les plus élevés du monde industrialisé à une position où ils font partie des plus faibles.
- Depuis 2000, **Singapour** a réduit son risque de décès maternels de plus de 80 pour cent ; il est passé de plus de 1 sur 5 000 à moins de 1 sur 25 000.

Des progrès malgré les crises au Népal et en Afghanistan

Récemment encore, le Népal figurait parmi les pays du monde où il était le plus difficile d'être mère, et il figurait parmi les 10 derniers pays de l'*Indice des mères* en 2000, 2002 et 2005. Les communautés de nombreuses régions du Népal ont souffert – et continuent de souffrir – de l'insécurité alimentaire et des situations d'urgence récurrentes causées par les inondations, les glissements de terrain, les sécheresses, les séismes et autres aléas naturels. Le Népal lutte aussi encore pour surmonter les effets d'une guerre civile qui a duré dix ans (1996-2006) et a causé la mort de 17 000 personnes et en a déplacé jusqu'à 200 000 de plus²⁰.

Malgré d'énormes difficultés, le Népal a accompli des progrès impressionnants en matière de santé maternelle et infantile. Depuis 1990, le pays a réduit la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 71 pour cent (de 142 à 42 morts pour 1 000 naissances vivantes)²¹ et la mortalité maternelle de 78 pour cent (de 770 à 170 morts pour 100 000 naissances vivantes)²².

Comment le Népal est-il parvenu à ces réussites ? Le pays a fait preuve d'un engagement politique et financier soutenu pour améliorer la santé, y compris une augmentation considérable du financement de la santé maternelle depuis le début des années 1990. Il a également fait un usage judicieux des données, notamment factuelles, pour éclairer ses décisions, adopter de nouvelles idées et élargir rapidement l'échelle des interventions de santé

ayant fait leurs preuves. La suppression des frais directs et la prestation de moyens incitatifs en espèces ont élargi l'accès aux services médicaux. L'amélioration de l'éducation des filles et des revenus des pauvres a aussi contribué aux progrès en matière de survie²³.

Le Népal a aussi investi dans la formation et dans le déploiement d'un plus grand nombre d'agents sanitaires de première ligne, en particulier un cadre important de volontaires sanitaires communautaires de sexe féminin. Ces volontaires promeuvent la maternité sans risque, la santé des enfants, le planning familial et proposent à la fois des traitements et un service d'aiguillage. Comme elles sont originaires des communautés qu'elles servent et qu'elles vivent en leur sein, elles contribuent à créer une structure plus résiliente face à l'impact des situations d'urgence.

L'Afghanistan, un autre pays ravagé par les conflits et des catastrophes à répétition – était le pire pays du monde pour être mère en 2010 et en 2011, mais il est maintenant bien mieux classé sur l'*Indice des mères*. Avec l'aide d'énormes quantités de financements extérieurs, et grâce à l'introduction du Programme de prestations de santé de base, l'Afghanistan a dispensé une formation à des sages-femmes, et a amélioré la couverture vaccinale et le niveau d'éducation des filles, ce qui a donné lieu à des progrès considérables sur le plan de la santé des femmes et des enfants.



- Le **Malawi** et la **Tanzanie** ont réduit leur taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de presque 60 pour cent et le **Rwanda** de 70 pour cent.
- Le **Pérou** et le **Brésil** ont presque réduit de moitié leur taux de mortalité infantile durant les années 1990 et n'ont cessé de progresser, réduisant le taux de mortalité infantile de 55 pour cent de plus depuis 2000.
- Depuis 2000, le **Cambodge** a réussi à réduire la mortalité maternelle ainsi qu'infantile de 64 pour cent, à ajouter 3 ans à la durée attendue de scolarisation des enfants en années et à multiplier par plus de trois la part de sièges occupés par des femmes au sein de la chambre basse du parlement.
- Par rapport à il y a à peine dix ans, les enfants du **Burundi** jouissent maintenant de plus de deux fois plus d'années de scolarisation formelle (de moins de 5 années à 10,5).
- La **Zambie** a accru le niveau d'éducation moyen des enfants jusqu'à presque 13,5 ans, soit 45 pour cent de plus que la moyenne régionale.
- La part de sièges parlementaires occupés par des femmes au **Rwanda** a plus que triplé – passant de 17 à 58 pour cent – soit le pourcentage le plus élevé du monde à l'heure actuelle.
- Les progrès accomplis par le **Kenya** sont mitigés. Bien que le pays ait réussi à accroître l'espérance de vie scolaire de plus de 2,5 années (jusqu'à 11 ans – ce qui est largement supérieur à la moyenne régionale) et à multiplier la part de sièges parlementaires occupés par des femmes par plus de cinq depuis 2000 (jusqu'à 20 pour cent, soit la moyenne régionale) – deux résultats qui ont amélioré sa position sur l'*Indice* par rapport aux autres pays – le Kenya n'a pas autant progressé que d'autres pays sur le plan économique ou en matière de survie des mères et des enfants.

Voici quelques pays dont les progrès ont cessé ou dont les tendances ont pris la mauvaise direction :

- Les performances du **Zimbabwe** sur tous les indicateurs, sauf un (statut politique) se sont détériorées par rapport à celles des autres pays.
- Le classement du **Panama** par rapport aux autres pays a reculé, car la situation des femmes en matière de santé, d'éducation et de politique y a stagné.

- Les données de niveau national indiquent que la **Somalie** n'a pas fait de progrès pour ce qui est de sauver la vie de mères depuis 2000. À l'heure actuelle, une mère somalienne sur 16 meurt d'une cause liée à la grossesse. Les taux de mortalité infantile ne se sont guère améliorés, même si les données de niveau infranational provenant du Somaliland indiquent quelques réductions de la mortalité infantile depuis 2006. Le taux annuel moyen de recul du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans depuis 2000 au niveau national a été d'à peine plus de 1 pour cent.
- Bien que de nombreux pays d'Afrique subsaharienne aient accompli de bons progrès pour ce qui est de la représentation politique des femmes, les progrès ont cessé en **République démocratique du Congo**. On ne compte encore que 10 pour cent de sièges occupés par des femmes en République démocratique du Congo, soit moins de la moitié de la moyenne régionale pour cet indicateur (laquelle est de 23 pour cent)⁷.
- La **République dominicaine** n'a fait aucun progrès en matière de situation de santé des femmes. Les femmes dominicaines courent actuellement le même risque de décès maternel qu'il y a plus de dix ans – 1 sur 240.
- Le risque de décès maternel sur la vie entière s'est accru de 70 pour cent depuis 2000 à **Maurice**, de 1 sur 1 700 à 1 sur 1 000.
- Si de nombreux pays en **Asie du Sud** sont parvenus à des réductions remarquables des taux de décès maternels et infantiles, les progrès au **Pakistan** ont été beaucoup plus lents (d'entre 25 et 50 pour cent plus lents).

Critères élevés et reculs étonnants dans le top 10

Les pays européens – ainsi que l'Australie – ont dominé les premières positions de l'*Indice des mères* au cours des 15 dernières années. Seuls quatre pays ont eu l'occasion, à un moment ou à un autre, d'être désignés meilleur pays pour être mère : la Suède (huit fois), la Norvège (quatre fois), la Finlande (deux fois) et la Suisse (une fois). L'Islande et la Suède ont figuré parmi les cinq premiers pays chacune des années pendant lesquelles ils ont été classés. Le Danemark et les Pays-Bas ont aussi toujours figuré parmi les premiers, classés en général vers le milieu du top 10. Le classement de l'Australie a généralement été légèrement inférieur, mais elle figure parmi les 10 premiers pays depuis 15 ans. Ces pays continuent de figurer parmi les meilleurs du monde pour ce qui est de la santé et du bien-être des mères et des enfants.

Les États-Unis ont figuré parmi les 10 premiers pays dans le passé mais, avec Chypre, c'est le pays qui a perdu le plus de places et, d'après les données factuelles dont on dispose, la santé des mères et des enfants américains perd du terrain. Les États-Unis figurent parmi les pays qui ont accompli le moins de progrès depuis 2000 en matière de survie maternelle et infantile. Aux États-Unis, le risque de mort maternelle sur la vie entière s'est accru de plus de 50 pour cent depuis 2000 – passant de 1 sur 3 700 à 1 sur 2 400. Aujourd'hui, les Américaines ont le même risque de mort maternelle sur la vie entière que les femmes iraniennes ou roumaines. Les États-Unis figurent par ailleurs parmi les pays qui font les progrès les plus lents pour ce qui est de sauver la vie des enfants. Trente-quatre pays, riches comme pauvres, ont réduit leur taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de moitié ou plus depuis



Norvège

2000. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans aux États-Unis a reculé de 8,4 pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 7,1 pour 1 000 naissances vivantes en 2012 (soit une amélioration de seulement 15 pour cent). Seulement 14 pays de par le monde ont fait moins de progrès que les États-Unis sur cet indicateur durant la même période.

Bien qu'ils continuent de figurer parmi les pays qui présentent les risques les plus faibles de décès maternel du monde, plusieurs autres pays du top 10 semblent avoir perdu du terrain en matière de santé maternelle depuis 2000. Le risque de mort maternelle sur la vie entière en Suisse s'est accru de 19 pour cent, celui de l'Espagne de 23 pour cent, celui de la Nouvelle-Zélande de 27 pour cent et celui du Danemark de 51 pour cent.

Le seul pays du top 10 qui affiche des améliorations spectaculaires en matière de santé maternelle depuis 2000 est les Pays-Bas. Le risque de décès maternel sur la vie entière dans ce pays a chuté de 58 pour cent – de 1 sur 4 400 à 1 sur 10 500. Chypre, qui affiche une baisse de ce risque de 41 pour cent, est le seul autre pays du top 10 qui ait réduit d'au moins un quart le risque de décès maternel.

Pourquoi la mortalité maternelle semble-t-elle en hausse dans de si nombreux pays industrialisés ? Le groupe des Nations Unies chargé de ces estimations (UNICEF, Banque mondiale, OMS et FNUAP) ne donne pas d'explication

Pays ayant figuré parmi les 10 premiers du classement 2000-2014

	NOMBRE D'ANNÉES PARMIL LES 10 PREMIERS	DERNIÈRE ANNÉE DE CLASSEMENT PARMIL LES 10 PREMIERS	CLASSEMENT 2014 DE LA SITUATION DES MÈRES DANS LE MONDE
Finlande	15	2014	1
Norvège	15	2014	2
Australie	15	2014	9
Suède	14	2014	3
Danemark	14	2014	6
Pays-Bas	13	2014	5
Islande	8	2014	4
Allemagne	8	2014	8
Royaume-Uni	8	2012	26
Canada	7	2006	18
Belgique	6	2014	9
Nouvelle-Zélande	6	2012	16
Autriche	6	2006	12
États-Unis	4	2006	31
Suisse	4	2003	13
Espagne	3	2014	7
Irlande	3	2012	19
France	3	2011	20
Chypre	1	2000	37

concernant ces constatations. Les experts nationaux ne les comprennent pas non plus complètement. Aux États-Unis, nombreux sont ceux qui soupçonnent que cette augmentation est imputable au nombre accru de grossesses à risque, liées à la prévalence croissante de l'obésité, de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires, au fait qu'il y a plus de femmes qui ont des enfants à un âge plus avancé, aux progrès des fécondations assistées qui aboutissent à des naissances multiples, et au taux élevé de césariennes – autant de facteurs qui accroissent les risques pour une mère durant sa grossesse et son accouchement. Des études récemment menées aux États-Unis suggèrent par ailleurs que la qualité médiocre des soins et la meilleure comptabilisation des décès maternels pourraient eux aussi entrer en jeu. Il est probable que ces tendances constituent aussi des facteurs contribuant aux risques croissants dans d'autres contextes développés.

L'Indice des mères 2014 et le classement des pays

Le 15^e *Indice des mères* annuel de Save the Children évalue le bien-être des mères et des enfants dans 178 pays – 46 nations développées⁸ et 132 en développement. Tous les pays dont la population dépasse 100 000 habitants et qui sont dotés d'une quantité suffisante de données sont compris dans l'*Indice*.

L'*Indice* se base exclusivement sur les informations publiées par des agences de données internationales faisant autorité. L'*Indice des mères complet*, qui se fonde sur une note composite obtenue d'après cinq indicateurs liés au bien-être maternel, commence à la page 84 du présent rapport.

Pour une explication de la manière dont l'*Indice* est calculé, voir les Notes relatives à la méthodologie et aux recherches.

Les 5 indicateurs de l'Indice des mères 2014

Santé maternelle – Risque de décès maternel sur la vie entière : Aucune mère ne devrait mourir en couches. Le risque de décès maternel pour une femme est fonction du nombre de grossesses/accouchements qu'elle a, de l'espacement des naissances, des conditions dans lesquelles elle accouche, ainsi que de sa propre santé et de son état nutritionnel. La mortalité maternelle est également une mesure sensible de la solidité du système de santé, de l'accès à des soins de qualité et de la couverture d'interventions efficaces de prévention des décès maternels.

Bien-être des enfants – Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans : Le bien-être d'une mère est intimement lié à la santé et au bien-être de ses enfants. Le TMM5 est un indicateur de première importance du bien-être des enfants, qui traduit l'état nutritionnel et de santé des enfants. C'est aussi un indicateur clé de la couverture des interventions de survie des enfants, ainsi que de la qualité des soins que les mères reçoivent avant, pendant et après leur grossesse.

Niveau d'éducation – Durée attendue de la scolarisation en années : L'éducation est un droit de l'homme fondamental et un puissant facteur déterminant de la qualité de vie. De nombreuses études mettent en évidence un rapport solide entre le nombre d'années de scolarisation et un certain nombre de résultats importants dans la vie, dont le revenu, la santé et la participation civique. Et lorsqu'une fille reçoit une éducation, ses enfants ont de meilleures chances d'être en bonne santé et bien scolarisés.

Situation économique – Le revenu national brut par habitant : Les mères sont susceptibles d'utiliser les ressources qu'elles contrôlent pour mieux satisfaire les besoins de leurs enfants. Le RNB par habitant est la meilleure mesure dont on dispose pour évaluer l'accès d'une mère aux ressources économiques et, par conséquent, son aptitude à pourvoir aux besoins de ses enfants.

Statut politique – Participation des femmes au gouvernement national : Lorsque les femmes ont une voix en matière de politique, les questions importantes pour les mères et leurs enfants ont plus de chances de finir par figurer à l'ordre du jour national et de se dégager comme des priorités nationales.

NB : Pour les définitions des indicateurs et les sources de données, voir les Notes relatives à la méthodologie et aux recherches.



Réfugiés maliens vivant au Niger

Classement de l'Indice des mères

L'Europe continue à dominer les premières positions de l'*Indice des mères* 2014, tandis que les pays d'Afrique subsaharienne occupent les dernières. Les États-Unis sont en 31^e position cette année.

Les pays occupant les 10 premières positions sont, en général, les meilleurs pays du monde pour ce qui est de l'état de santé, du niveau d'éducation, de la situation économique et du statut politique des mères et des enfants.

Les pays occupant les 10 dernières positions – tous sauf un situés en Afrique de l'Ouest et centrale – sont une image miroir des 10 premiers, puisqu'ils obtiennent des résultats insuffisants sur la totalité des indicateurs. Sept de ces 10 pays où il est le plus difficile d'être une mère sont actuellement en proie à une crise humanitaire⁹. La Somalie, qui est en dernière position, a été la scène de conflits presque constants depuis l'effondrement de son gouvernement central en 1991. Les conditions pour les mères et leurs enfants dans ces pays sont catastrophiques :

- En moyenne, une femme sur 27 est susceptible de mourir d'une cause liée à la grossesse.
- Un enfant sur sept meurt avant son cinquième anniversaire.
- Les enfants peuvent s'attendre à recevoir à peine deux ans d'éducation formelle, et dix ans au maximum.
- Le RNB brut par habitant, qui est une mesure du bien-être économique d'un pays et de l'accès des mères aux ressources, est inférieur à 650 dollars en moyenne.
- Les femmes occupent au maximum 15 pour cent des sièges parlementaires.
- Huit femmes sur dix risquent de perdre un enfant à un moment de leur vie¹⁰.

Ce que les chiffres ne vous disent pas

Les données de niveau national présentées dans l'*Indice des mères* donnent une vue d'ensemble de nombreux pays. Cependant, il est important de garder à l'esprit que la situation des sous-groupes géographiques ou ethniques et des familles les plus pauvres au sein d'un pays peut différer considérablement de la moyenne nationale. Les zones rurales isolées et les bidonvilles urbains ont souvent moins de services et des statistiques bien plus désastreuses. La guerre, la violence, la corruption et le non-respect des lois sont autant de facteurs qui nuisent considérablement au bien-être des mères et des enfants, et qui touchent souvent certains segments de la population de façon disproportionnée. Ces détails sont cachés lorsque l'on ne dispose que de données de niveau national générales.



Afghanistan

Le contraste entre le pays le mieux classé, la Finlande, et celui classé en dernière position, la Somalie, est frappant. Alors que les décès maternels sont rares en Finlande (la probabilité sur la vie entière de mourir durant une grossesse ou un accouchement est inférieure à 1 sur 12 000), une femme somalienne sur 16 est susceptible de mourir d'une cause liée à la maternité. Presque tous les enfants finlandais – filles comme garçons – jouissent d'une bonne santé et d'une éducation de qualité. Mais les enfants somaliens se heurtent à des obstacles gigantesques. Quinze pour cent d'entre eux ne vivent pas jusqu'à leur cinquième anniversaire. En Finlande, ce pourcentage n'est que de 0,3 pour cent. Sur la base de ces chiffres, en termes statistiques, presque toutes les mères somaliennes sont susceptibles de perdre un enfant de moins de cinq ans, alors que moins d'une femme finlandaise sur 181 a des chances de perdre un jeune enfant. Les enfants somaliens reçoivent moins de 2,5 années d'éducation formelle, tandis que l'enfant finlandais typique est scolarisé pendant 17 ans. La Somalie est par ailleurs l'un des pays les plus pauvres du monde. Les richesses nationales de la Finlande sont 380 fois celles de la Somalie. Et les femmes finlandaises détiennent trois fois plus de sièges parlementaires : 43 pour cent en Finlande contre 14 pour cent en Somalie.

Mais il y a des signes qui donnent espoir en Somalie. Les données infranationales suggèrent que certaines parties du pays ont fait des progrès en matière de survie des enfants au cours des quelques dernières années. Au Somaliland, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (estimé à 91 pour 1 000 naissances vivantes) a reculé de 19 pour cent depuis 2006 et il est considérablement inférieur à la moyenne nationale¹¹. De plus, bien qu'aucune nouvelle donnée infranationale sur la mortalité maternelle ne soit disponible, de petites améliorations d'autres mesures de la santé maternelle (par exemple accoucheurs qualifiés et accouchements dans des établissements de soins) ont été constatées dans les zones du nord¹².

Écart entre les riches et les pauvres

Les données recueillies pour l'*Indice des mères* documentent les vastes écarts entre les pays riches et les pays pauvres et la nécessité urgente d'accélérer les progrès en matière de santé et de bien-être des femmes et de leurs enfants. Ces données mettent par ailleurs en relief le rôle que jouent les conflits armés et la gouvernance insuffisante dans ces tragédies. Chacun des 10 derniers pays a des antécédents récents de conflits armés et ils sont par ailleurs tous considérés comme des États fragiles¹³, ce qui signifie qu'ils échouent à un niveau fondamental à s'acquitter des fonctions nécessaires pour satisfaire les besoins et attentes de base de leurs citoyens.

Cette tragédie présente aussi des dimensions régionales considérables. Les 10 derniers pays se trouvent tous en Afrique subsaharienne et c'est aussi en Afrique subsaharienne que se trouvent 26 des 30 pays les moins bien classés. Si l'Afrique dans son ensemble a obtenu des réductions substantielles de la mortalité maternelle et infantile, et réalisé des progrès par rapport aux autres indicateurs, elle a progressé plus lentement que d'autres régions et, au niveau régional, elle obtient les pires résultats par rapport à tous les indicateurs, sauf un (le statut politique). Cependant, on observe une grande diversité à l'intérieur de l'Afrique. Certains pays obtiennent des résultats relativement bons par rapport à plusieurs indicateurs, et un certain nombre de pays africains à faible revenu – dont le Malawi et l'Éthiopie – sont sur la bonne voie pour réduire la mortalité infantile de deux tiers d'ici à 2015.

Remarque concernant l'interprétation du classement de l'Indice

Le classement traduit une note composite dérivée de cinq indicateurs différents liés au bien-être maternel (à savoir la santé maternelle, le bien-être des enfants, le niveau d'éducation, la situation économique et le statut politique). De bons résultats dans chacun des cinq indicateurs aboutissent à un classement meilleur que des résultats exceptionnels sur quelques-uns des indicateurs et des résultats un peu moins bons sur les autres. Autrement dit, l'excellence sur tous les fronts est récompensée par un classement supérieur que des performances remarquables sur quelques-uns des indicateurs, mais pas tous. De même, des résultats médiocres dans chacun des cinq indicateurs donnent un classement inférieur que les pires résultats dans certains indicateurs et des résultats un peu meilleurs dans d'autres. Telle est la nature des notes composites.

Il est aussi important de noter qu'il n'y a pas de grandes différences entre les pays de chacun de ces deux groupes : les pays figurant parmi les dix premiers et ceux figurant parmi les dix derniers – et en particulier entre les trois premiers pays et entre les trois derniers pays.

Par conséquent, bien que tout classement implique qu'un pays soit premier et un autre dernier, les différences entre les pays les mieux classés et entre les pays les pires classés peuvent être très modestes. Cela signifie également que les changements les plus minimes pourraient modifier le classement.

L'Indice des mères emploie les données internationales comparables les plus récemment publiées au 13 mars 2014 – mais il s'écoule souvent un certain temps avant que les données ne soient notifiées. Comme les données relatives aux indicateurs concernent la période 2010 à 2014, il est possible que les chiffres ne reflètent pas les conditions actuelles dans certains des pays. En République centrafricaine et au Soudan du Sud, par exemple, la plupart des données datent d'avant l'intensification récente des violences. Et en Espagne, il faudra peut-être attendre un an ou deux pour que les données reflètent les effets de la crise financière actuelle, laquelle a entraîné une hausse du chômage et des réductions des aides sociales, facteurs qui ont surtout touché les mères et les enfants.



L'écart le plus considérable entre régions est observé sur le plan du risque de décès maternel sur la vie entière. En Afrique de l'Ouest et centrale, une femme sur 32 est susceptible de mourir durant une grossesse ou un accouchement, ce qui représente cinq fois le risque pour les femmes d'Asie du Sud (une sur 150) et presque 150 fois celui des femmes vivant dans des pays industrialisés (une sur 4 700)¹⁴. Les enfants d'Afrique de l'Ouest et centrale sont eux aussi désavantagés par rapport aux enfants d'autres régions. Presqu'un enfant sur 8 ne vit pas jusqu'à son cinquième anniversaire, ce qui représente un risque deux fois plus grand que pour les enfants d'Asie du Sud et 20 fois plus que pour les enfants des pays plus développés. En 2012, d'après les estimations, deux millions d'enfants d'Afrique de l'Ouest et centrale sont morts avant leur cinquième anniversaire. Cela représente presque un tiers (30 pour cent) du total à l'échelle mondiale¹⁵.

L'aptitude des pays à résoudre ces questions est souvent limitée par l'insuffisance des moyens financiers. La Somalie, la République démocratique du Congo et le Burundi sont les pays les plus pauvres du monde, le RNB par habitant y étant d'à peine environ 200 dollars ; comparez ce chiffre à la richesse nationale de la Norvège – 98 860 dollars par habitant.

Les comparaisons entre pays individuels sont tout particulièrement saisissantes lorsque l'on considère la souffrance humaine et l'iniquité entre les sexes derrière les statistiques :



Sierra Leone

- D'après les plus récentes estimations, une femme sur 15 meurt durant une grossesse ou un accouchement au **Tchad**. Ce risque est de une sur 16 en **Somalie** et de une sur 23 au **Niger** et en **Sierra Leone**. En **Estonie**, en **Grèce** et à **Singapour**, en revanche, le risque de décès maternel est de moins de une sur 25 000.
- Un enfant sur sept n'atteint pas son cinquième anniversaire au **Tchad**, en **République démocratique du Congo** et en **Somalie**. En **Angola** et en **Sierra Leone**, ce chiffre est de un sur 6. Comparez-le à celui de l'**Islande**, où seulement un enfant sur 430 meurt avant l'âge de cinq ans.
- Un enfant typique en **Érythrée**, au **Niger**, au **Soudan du Sud** et au **Soudan** bénéficie d'à peine cinq ans d'éducation formelle environ. Les enfants **somaliens** sont scolarisés pendant moins de 2,5 ans. En **Australie** et en **Nouvelle-Zélande**, l'enfant moyen peut s'attendre à être scolarisé pendant plus de 19 ans.
- En **Micronésie**, au **Qatar** et à **Vanuatu**, pas un seul siège parlementaire n'est occupé par une femme. Aux **Comores**, dans les **Îles Salomon** et à **Tonga**, un seul siège est occupé par une femme. Comparez ces chiffres à ceux de **Cuba**, du **Rwanda** et de la **Suède**, où les femmes occupent 45 pour cent ou plus de tous les sièges parlementaires.

Les statistiques sont bien plus que des chiffres. Ce sont le désespoir humain et les opportunités perdues qui se cachent derrière elles qui appellent à des changements afin de veiller à ce que les mères disposent des outils de base dont elles ont besoin pour briser le cycle de la pauvreté et améliorer leur propre qualité de vie, ainsi que celle de leurs enfants et des générations futures.

Pourquoi les États-Unis ne sont-ils pas mieux classés ?

Les États-Unis occupent la 31^e position sur l'Indice de cette année. Bien que les États-Unis affichent des résultats assez bons en matière de situation économique et de niveau d'éducation (8^e et 14^e du monde, respectivement), ils sont à la traîne par rapport à tous les pays les mieux classés en matière de santé maternelle (46^e du monde) et de bien-être des enfants (40^e du monde) et obtiennent des résultats plutôt médiocres en matière de statut politique (96^e du monde). Plus précisément :

Aux États-Unis, le risque de décès maternel pour les femmes est d'une femme sur 2 400. Seuls cinq pays développés dans le monde – l'Albanie, la Lettonie, la République de Moldova, la Fédération de Russie et l'Ukraine – affichent de pires résultats que les États-Unis par rapport à cet indicateur. Il est plus de 10 fois plus probable qu'une femme vivant aux États-Unis finisse par mourir d'une cause liée à la grossesse qu'une femme vivant en Estonie, en Grèce ou à Singapour.

Aux États-Unis, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 7,1 pour 1 000 naissances vivantes. Ce taux est en gros équivalent au taux de la Bosnie-Herzégovine, de la Macédoine, du Qatar et de l'Uruguay. Sur la base de ce chiffre, les enfants des États-Unis sont trois fois plus susceptibles de mourir avant leur cinquième anniversaire que les enfants islandais.

Les femmes représentent 51 pour cent de la population des États-Unis, mais elles occupent moins de 19 pour

cent des sièges du congrès. Plus de la moitié des pays du monde affichent de meilleurs résultats par rapport à cet indicateur que les États-Unis. Seize pays affichent un pourcentage plus de deux fois plus élevé de sièges détenus par des femmes. En Finlande et en Suède, par exemple, les femmes occupent 43 et 45 pour cent des sièges parlementaires, respectivement. Au Rwanda, les femmes occupent 58 pour cent des sièges.

Pourquoi la Finlande arrive-t-elle première ?

La Finlande affiche des résultats solides dans chacune des cinq dimensions de la santé et du bien-être maternels et infantiles. Bien que la Finlande n'obtienne pas la « meilleure » note en termes absolus par rapport à l'un quelconque des indicateurs pris séparément, c'est le seul pays qui figure parmi les 15 premiers par rapport à chacun des cinq indicateurs. De fait, tous les autres pays figurant parmi les 10 premiers (à l'exception des Pays-Bas) obtiennent des résultats considérablement inférieurs (c.-à-d. qu'ils figurent, au mieux, parmi les 20 premiers) par rapport à au moins un indicateur. Ce sont donc des résultats bons sur tous les tableaux qui mettent la Finlande en tête.

Pourquoi la Somalie est-elle classée dernière ?

Les indicateurs de la Somalie sur le plan de l'économie et de l'éducation sont les plus bas du monde. En matière de mortalité maternelle et infantile, elle est classée deuxième et quatrième en partant du bas. Et, si la

Somalie fait un peu mieux en matière de statut politique, cela ne suffit pas pour compenser les mauvais résultats dans chacun des quatre autres indicateurs. C'est cette position parmi les cinq derniers par rapport à quatre indicateurs sur cinq qui fait que la Somalie occupe la dernière position de l'Indice. Comme on le mentionne ailleurs dans ce rapport, les données de niveau national de la Somalie masquent des variations de niveau infranational.

Pourquoi certains pays ne sont-ils pas inclus dans l'Indice des mères ?

La seule raison justifiant l'absence d'un pays était l'insuffisance de données ou une population nationale de moins de 100 000 personnes.

Que faudrait-il faire pour réduire l'écart entre les pays qui satisfont les besoins des mères et ceux qui ne le font pas ?

Les gouvernements et les agences internationales doivent accroître le financement pour améliorer le niveau d'éducation pour tous les enfants, assurer l'accès aux soins de santé maternelle et infantile et améliorer les opportunités économiques et politiques des femmes.

La communauté internationale doit par ailleurs améliorer les recherches actuelles et mener de nouvelles études qui se concentrent spécifiquement sur le bien-être des mères et des enfants.

Dans les nations industrialisées, les gouvernements et les communautés doivent travailler en collaboration pour améliorer l'éducation et les soins de santé parmi les mères et les enfants défavorisés.

Pays	Position sur l'Indice des mères (2014)
Finlande	1
Norvège	2
Suède	3
Islande	4
Pays-Bas	5
Danemark	6
Espagne	7
Allemagne	8
Australie	9*
Belgique	9*
Italie	11
Autriche	12
Suisse	13
Portugal	14
Singapour	15
Nouvelle-Zélande	16
Slovénie	17
Canada	18
Irlande	19
France	20*
Grèce	20*
Luxembourg	22
Estonie	23
République tchèque	24*
Lituanie	24*
Biélorussie	26*
Royaume-Uni	26*
Israël	28
Pologne	29
République de Corée	30
États-Unis	31
Japon	32
Croatie	33
Lettonie	34
Cuba	35
Serbie	36
Chypre	37
Arabie saoudite	38
Costa Rica	39
Ex-République yougoslave de Macédoine	40
Malte	41
Grenade	42
Argentine	43
Bulgarie	44
Monténégro	45*
Slovaquie	45*
Chili	47
Bosnie-et-Herzégovine	48
Barbades	49
Bahreïn	50
Qatar	51
Émirats arabes unis	52
Uruguay	53
Mexique	54
Hongrie	55
Maurice	56
Koweït	57
Libye	58
Tunisie	59*

Pays	Position sur l'Indice des mères (2014)
Turquie	59*
Chine	61
Fédération de Russie	62
Kazakhstan	63
Équateur	64
Roumanie	65*
Trinité-et-Tobago	65*
Vénézuela (République bolivarienne de)	67
Malaisie	68
Oman	69
Bahamas	70
Algérie	71
Pérou	72*
Thaïlande	72*
Ukraine	72*
Afrique du Sud	75
Brésil	76
Liban	77
El Salvador	78*
Fidji	78*
Sainte-Lucie	80
Iran (République islamique d')	81
Turkménistan	82
Albanie	83
Cap Vert	84
Colombie	85
Belize	86*
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	86*
Mongolie	88
Sri Lanka	89
Maldives	90
Jamaïque	91
République de Moldova	92
Bolivie (État plurinational de)	93*
Viet Nam	93*
Arménie	95*
Jordanie	95*
Nicaragua	95*
Géorgie	98
Azerbaïdjan	99*
Suriname	99*
Tonga	101
République dominicaine	102
Namibie	103
Irak	104
Paraguay	105*
Philippines	105*
Honduras	107
Kirghizistan	108
Panama	109
Timor oriental	110
Ouzbékistan	111
Guyana	112
Indonésie	113
Gabon	114
République arabe syrienne	115
Népal	116
Égypte	117
Samoa	118

Pays	Position sur l'Indice des mères (2014)
Angola	119
Botswana	120
Maroc	121*
Rwanda	121*
Sao-Tomé-et-Principe	123
Sénégal	124
Vanuatu	125
Guinée équatoriale	126*
Guatemala	126*
Bhoutan	128
République démocratique populaire lao	129
Bangladesh	130*
Lesotho	130*
Cambodge	132
Ouganda	133
Tadjikistan	134
Micronésie (États fédérés de)	135*
République unie de Tanzanie	135*
Inde	137
Mozambique	138
Swaziland	139
Îles Salomon	140
Zimbabwe	141
Cameroun	142
Kenya	143
Madagascar	144
Zambie	145
Afghanistan	146
Burundi	147*
Pakistan	147*
Éthiopie	149
Ghana	150*
Soudan	150*
Érythrée	152*
Togo	152*
Malawi	154
Mauritanie	155
Comores	156
Myanmar	157
Congo	158*
Soudan du Sud	158*
Djibouti	160
Burkina Faso	161
Yémen	162
Guinée	163
Papouasie-Nouvelle-Guinée	164
Bénin	165
Gambie	166
Libéria	167
Haïti	168
Côte d'Ivoire	169
Tchad	170
Nigéria	171
Sierra Leone	172
République centrafricaine	173
Guinée-Bissau	174
Mali	175*
Niger	175*
République démocratique du Congo	177
Somalie	178

* Pays ex aequo

NB : Les pays en caractères rouges sont des États fragiles. Sur les 51 États fragiles identifiés par l'OCDE, 45 figurent dans le classement de l'Indice des mères. La RPD de Corée, Kiribati, le Kosovo, les Îles Marshall, les Territoires palestiniens occupés et Tuvalu n'y figurent pas du fait du manque de données et/ou parce qu'ils sont en-dessous du seuil minimum de population.

Source : OCDE, *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*, p.83

Pays ou territoire	SANTÉ MATERNELLE	BIEN-ÊTRE DES ENFANTS	NIVEAU D'ÉDUCATION	SITUATION ÉCONOMIQUE	STATUT POLITIQUE	Position sur l'Indice des mères (sur 178 pays)
	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur chiffre indiqué)	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	Nombre attendu d'années de scolarité formelle	Revenu national brut par habitant (dollars US actuels)	Participation des femmes au gouvernement national (% de sièges occupés par des femmes)*	
	2010	2012	2013	2012	2014	
Afghanistan	32	98,5	9,5(b)	680	27,6	146
Afrique du Sud	140	44,6	13,1(x,d)	7 610	43,5(g)	75
Albanie	2 200	16,7	10,8	4 030	20,0	83
Algérie	430	20,0	14,0	5 020	25,7	71
Allemagne	10 600	4,1	16,3	44 260	35,6	8
Angola	39	163,5	11,3	4 580	36,8	119
Arabie saoudite	1 400	8,6	15,6	21 210	19,9	38
Argentine	560	14,2	16,7	5 170	37,1	43
Arménie	1 700	16,4	12,3	3 720	10,7	95
Australie	8 100	4,9	19,9(a)	59 360	31,1	9
Autriche	18 200	4,0	15,6	47 660	32,2	12
Azerbaïdjan	1 000	35,2	11,9	6 220	15,6	99
Bahamas	1 100	16,9	12,6(x)	20 600	16,7	70
Bahreïn	1 800	9,6	13,4(x,d)	14 820	18,8	50
Bangladesh	170	40,9	10,0	840	20,0	130
Barbades	1 300	18,4	15,4	15 080	21,6	49
Belgique	7 500	4,2	16,2	44 660	40,7	9
Belize	610	18,3	13,7	4 490	13,3	86
Bénin	53	89,5	11,0	750	8,4	165
Bhoutan	210	44,6	12,7	2 420	8,3	128
Biélorussie	16 300	5,2	15,7	6 530	29,5	26
Bolivie, État plurinational de	140	41,4	13,2	2 220	30,1	93
Bosnie-et-Herzégovine	11 400	6,7	13,4(x)	4 750	19,3	48
Botswana	220	53,3	11,7	7 650	9,5	120
Bésil	910	14,4	14,2(x)	11 630	9,6	76
Brunei Darussalam	1 900	8,0	14,5	31 590	—	—
Bulgarie	5 900	12,1	14,3	6 840	24,6	44
Burkina Faso	55	102,4	7,5	670	18,9	161
Burundi	31	104,3	10,5(b)	240	34,9	147
Cambodge	150	39,7	10,9	880	18,5	132
Cameroun	31	94,9	10,4	1 170	27,1	142
Canada	5 200	5,3	15,8	50 970	28,5	18
Cap Vert	480	22,2	13,2	3 830	20,8	84
Chili	2 200	9,1	15,2	14 310	16,5	47
Chine	1 700	14,0	13,1	5 720	23,4	61
Chypre	6 300	3,2	14,0	26 110	12,5	37
Colombie	430	17,6	13,2	7 020	13,6	85
Comores	67	77,6	12,8	840	3,0	156
Congo	39	96,0	11,1	2 550	9,6	158
Congo, République démocratique du	30	145,7	9,7	230	9,7	177
Corée, République de	4 800	3,8	17,0	22 670	15,7	30
Corée, République populaire démocratique de	670	28,8	—	580(x)	15,6	—
Costa Rica	1 300	9,9	13,7	8 820	38,6	39
Côte d'Ivoire	53	107,6	6,5(x)	1 220	9,4	169
Croatie	4 100	4,7	14,5	13 490	23,8	33
Cuba	1 000	5,5	14,5	5 890	48,9	35
Danemark	4 500	3,7	16,9	59 850	39,1	6
Djibouti	140	80,9	6,6(b)	1 030	12,7	160
Égypte	490	21,0	13,1	2 980	2,8(f)	117
El Salvador	490	15,9	12,3	3 590	26,2	78
Émirats arabes unis	4 000	8,4	12,0(x)	35 770	17,5	52
Équateur	350	23,3	13,7(x)	5 170	41,6	64

Pays ou territoire	SANTÉ MATERNELLE	BIEN-ÊTRE DES ENFANTS	NIVEAU D'ÉDUCATION	SITUATION ÉCONOMIQUE	STATUT POLITIQUE	Position sur l'Indice des mères (sur 178 pays)
	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur chiffre indiqué)	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	Nombre attendu d'années de scolarité formelle	Revenu national brut par habitant (dollars US actuels)	Participation des femmes au gouvernement national (% de sièges occupés par des femmes)*	
	2010	2012	2013	2012	2014	
Érythrée	86	51,8	4,2(b)	450	22,0	152
Espagne	12 000	4,5	17,1	29 620	37,0	7
Estonie	25 100	3,6	16,5	16 150	19,0	23
États-Unis	2 400	7,1	16,5	52 340	18,6	31
Éthiopie	67	68,3	6,6	380	25,5	149
Fédération de Russie	2 000	10,3	14,0	12 700	12,1	62
Fidji	1 400	22,4	15,7	4 110	12,6(f)	78
Finlande	12 200	2,9	17,0	46 490	42,5	1
France	6 200	4,1	16,0	41 750	24,8	20
Gabon	130	62,0	13,0(x)	10 040	15,8	114
Gambie	56	72,9	9,1	510	9,4	166
Géorgie	960	19,9	13,2	3 270	12,0	98
Ghana	68	72,0	11,5	1 550	10,9	150
Grèce	25 500	4,8	16,5	23 260	21,0	20
Grenade	1 700	13,5	15,8	7 220	25,0	42
Guatemala	190	32,0	10,6	3 120	13,3	126
Guinée	30	101,2	8,7	440	21,9	163
Guinée équatorienne	88	100,3	8,5	13 560	18,3	126
Guinée-Bissau	25	129,1	9,0	510	11,0	174
Guyana	150	35,2	10,3	3 410	31,3	112
Haïti	83	75,6	7,6(x,d)	760	3,5	168
Honduras	270	22,9	11,4	2 120	25,8	107
Hongrie	3 300	6,2	15,4	12 380	9,4	55
Îles Salomon	240	31,1	12,2(b)	1 130	2,0	140
Inde	170	56,3	11,7	1 580	11,4	137
Indonésie	210	31,0	12,7	3 420	18,6	113
Irak	310	34,4	10,1	5 870	25,2	104
Iran, République Islamique d'	2 400	17,6	15,2	4 290	3,1	81
Irlande	8 100	4,0	18,6(a)	39 110	19,9	19
Islande	8 900	2,3	18,7	38 330	39,7	4
Israël	5 100	4,2	15,7	28 380	22,5	28
Italie	20 300	3,8	16,3	33 860	30,6	11
Jamaïque	370	16,8	12,5	5 120	16,7	91
Japon	13 100	3,0	15,3	47 880	10,8	32
Jordanie	470	19,1	13,3	4 670	12,0	95
Kazakhstan	770	18,7	15,0	9 780	19,8	63
Kenya	55	72,9	11,0	860	20,3	143
Kirghizistan	480	26,6	12,5	990	23,3	108
Kiribati	—	59,9	12,3	2 520	8,7	—
Koweït	2 900	11,0	14,6	44 100	4,6	57
Lesotho	53	99,6	11,1	1 380	26,8	130
Lettonie	2 000	8,7	15,5	14 120	25,0	34
Liban	2 100	9,3	13,2	9 190	3,1	77
Libéria	24	74,8	10,7	370	11,7	167
Libye	620	15,4	16,1	12 930	16,5	58
Lituanie	9 400	5,4	16,7	13 830	24,1	24
Luxembourg	3 200	2,2	13,9	71 620	28,3	22
Macédoine, Ex-République yougoslave de	6 300	7,4	13,3	4 620	34,1	40
Madagascar	81	58,2	10,3	430	23,1	144
Malaisie	1 300	8,5	12,7	9 820	13,9	68
Malawi	36	71,0	10,8(b)	320	22,3	154
Maldives	870	10,5	12,7	5 750	6,8	90

Pays ou territoire	SANTÉ MATERNELLE	BIEN-ÊTRE DES ENFANTS	NIVEAU D'ÉDUCATION	SITUATION ÉCONOMIQUE	STATUT POLITIQUE	Position sur l'Indice des mères (sur 178 pays)
	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur chiffre indiqué)	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	Nombre attendu d'années de scolarité formelle	Revenu national brut par habitant (dollars US actuels)	Participation des femmes au gouvernement national (% de sièges occupés par des femmes)*	
	2010	2012	2013	2012	2014	
Mali	28	128,0	8,6	660	9,5	175
Malte	8 900	6,8	14,5	19 760	14,3	41
Maroc	400	31,1	11,6	2 960	11,0	121
Maurice	1 000	15,1	15,6	8 570	18,8	56
Mauritanie	44	84,0	8,2	1 110	22,2	155
Mexique	790	16,2	12,8	9 640	36,8	54
Micronésie, États fédérés de	290	38,5	11,7(b)	3 230	0,0	135
Moldova, République de	1 500	17,6	11,8	2 070	18,8	92
Mongolie	600	27,5	15,0	3 160	14,9	88
Monténégro	7 400	5,9	15,2	7 220	14,8	45
Mozambique	43	89,7	9,5	510	39,2	138
Myanmar	250	52,3	8,7(b)	1 130(x)	4,3	157
Namibie	160	38,7	11,3	5 610	26,0	103
Népal	190	41,6	12,4	700	29,9	116
Nicaragua	350	24,4	10,5	1 650	40,2	95
Niger	23	113,5	5,4	390	13,3	175
Nigéria	29	123,7	9,0	1 440	6,6	171
Norvège	7 900	2,8	17,6	98 860	39,6	2
Nouvelle-Zélande	3 300	5,7	19,4(a)	30 640	33,9	16
Oman	1 200	11,6	13,6	19 110	9,6	69
Ouganda	49	68,9	10,8	440	35,0	133
Ouzbékistan	1 400	39,6	11,5	1 720	19,2	111
Pakistan	110	85,9	7,7	1 260	19,7	147
Panama	410	18,5	12,4	8 510	8,5	109
Papouasie-Nouvelle-Guinée	110	63,0	5,8(x,d)	1 790	2,7	164
Paraguay	310	22,0	12,8	3 400	16,8	105
Pays-Bas	10 500	4,1	17,9	47 970	37,8	5
Pérou	570	18,2	13,1	6 060	22,3	72
Philippines	300	29,8	11,3	2 500	27,2	105
Pologne	14 400	5,0	15,5	12 660	22,3	29
Portugal	9 200	3,6	16,3	20 620	31,3	14
Qatar	5 400	7,4	13,8	76 010	0,0	51
République arabe syrienne	460	15,1	12,0	2 610	12,0	115
République centrafricaine	26	128,6	7,2	510	12,5(f)	173
République démocratique populaire lao	74	71,8	10,3	1 270	25,0	129
République dominicaine	240	27,1	12,3(x)	5 470	19,1	102
République tchèque	12 100	3,8	16,4	18 120	18,9	24
Roumanie	2 600	12,2	14,1	8 820	11,7	65
Royaume-Uni	4 600	4,8	16,2	38 670	23,0	26
Rwanda	54	55,0	10,2	600	57,5	121
Sainte-Lucie	1 400	17,5	12,2	6 890	17,2	80
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	940	23,4	13,3	6 400	13,0	86
Samoa	260	17,8	12,4(b)	3 260	4,1	118
Sao-Tomé-et-Principe	330	53,2	11,3(b)	1 310	18,2	123
Sénégal	54	59,6	7,9	1 030	43,3	124
Serbie	4 900	6,6	13,6	5 280	33,6	36
Sierra Leone	23	181,6	8,8(e)	580	12,1	172
Singapour	25 300	2,9	14,4(x,c)	47 210	25,3	15
Slovaquie	12 200	7,5	12,4	17 180	18,7	45
Slovénie	5 900	3,1	16,8	22 800	25,4	17
Somalie	16	147,4	2,4(x)	120(x)	13,8	178
Soudan †	31	73,1	4,5(x)	1 500	23,8	150

Pays ou territoire	SANTÉ MATERNELLE	BIEN-ÊTRE DES ENFANTS	NIVEAU D'ÉDUCATION	SITUATION ÉCONOMIQUE	STATUT POLITIQUE	Position sur l'Indice des mères (sur 178 pays)
	Risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur chiffre indiqué)	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	Nombre attendu d'années de scolarité formelle	Revenu national brut par habitant (dollars US actuels)	Participation des femmes au gouvernement national (% de sièges occupés par des femmes)*	
	2010	2012	2013	2012	2014	
Soudan du Sud ‡	31	104,0	4,5(x)	790	24,3	158
Sri Lanka	1 200	9,6	13,7	2 920	5,8	89
Suède	14 100	2,9	15,8	55 970	45,0	3
Suisse	9 500	4,3	15,7	80 970	28,9	13
Suriname	320	20,8	13,0(b)	8 680	11,8	99
Swaziland	95	79,7	11,3	2 860	14,7	139
Tadjikistan	430	58,3	11,2	860	14,4	134
Tanzani, République unie de	38	54,0	9,2	570	36,0	135
Tchad	15	149,8	7,4	770	14,9	170
Territoires palestiniens occupés	330	22,6	13,2	1 340	—	—
Thaïland	1 400	13,2	13,1	5 210	15,7	72
Timor-oriental	55	56,7	11,7	3 620	38,5	110
Togo	80	95,5	12,2	500	16,5	152
Tonga	230	12,8	14,7	4 220	3,6	101
Trinité-et-Tobago	1 300	20,7	12,3	14 710	24,7	65
Tunisie	860	16,1	14,6	4 150	28,1	59
Turkménistan	590	52,8	12,6(x,d)	5 410	26,4	82
Turquie	2 200	14,2	14,4	10 830	14,4	59
Ukraine	2 200	10,7	15,1	3 500	9,7	72
Uruguay	1 600	7,2	15,5	13 580	11,5	53
Vanuatu	230	17,9	11,7(b)	3 000	0,0	125
Vénézuela, République bolivarienne du	410	15,3	14,2	12 460	17,0	67
Viet Nam	870	23,0	11,9(x)	1 550	24,3	93
Yémen	90	60,0	9,2	1 270	0,7	162
Zambie	37	88,5	13,5	1 350	10,8	145
Zimbabwe	52	89,8	9,3	650	35,1	141
MÉDIANES RÉGIONALES §						
Afrique subsaharienne	53	86	10	780	19	150
Asie du Sud	180	43	12	1 420	16	129
Asie de l'Est et Pacifique	295	28	12	3 230	15	108
Amérique latine et Caraïbes	525	18	13	6 230	18	79
Moyen-Orient et Afrique du Nord	555	17	13	4 845	12	77
ECE/CEI	2 200	14	13	5 280	19	65
Pays industrialisés	8 900	4	16	38 500	27	19
MONDE	180	48	12	10 140	22	

NB : Les données concernent l'année précisée dans l'en-tête de la colonne ou la plus récente année disponible. Pour les définitions des indicateurs et les sources des données, voir Notes relatives à la méthodologie et aux recherches.

— Pas de données disponibles.

* Les chiffres correspondent au nombre de sièges actuellement occupés au parlement.

‡ Les données relatives à la santé maternelle et au niveau d'éducation sont des estimations pré-sécession.

§ Régions de l'UNICEF. Pour une liste complète des pays et territoires au sein de ces régions, voir : UNICEF. *La situation des enfants dans le monde 2012*. (New York: 2012) p. 124. Les médianes se fondent uniquement sur les pays inclus dans le tableau de l'Indice.

x Données provenant d'une source secondaire.

a Abaissé à 18 ans avant le calcul de la place sur l'Indice.

b Concerne l'éducation primaire et secondaire seulement.

c Calculé par le ministère singapourien de l'Éducation.

d Basé sur la régression inter-pays.

e L'estimation exclut les années de redoublement.

f Données traduisant la situation avant la dissolution du parlement.

g Chiffres calculés sur la base des sièges permanents seulement.

Notes relatives à la méthodologie et aux recherches

L'Indice des mères complet

Lors de la première publication de l'*Indice des mères* (en 2000), une revue documentaire et des consultations avec des experts internationaux, y compris des membres du personnel de Save the Children, ont été entreprises afin de déterminer les facteurs les plus étroitement liés au bien-être des mères. Quatre facteurs ont fini par être identifiés comme les principaux facteurs déterminants du bien-être d'une mère : la santé maternelle ; le niveau d'éducation ; le statut politique ; et le bien-être des enfants. En 2007, plusieurs changements ont été apportés à l'*Indice des mères*. Des indicateurs de la situation économique ont été incorporés à l'*Indice*. Les pays ont été placés sur trois échelons (les plus avancés, les peu avancés et les moins avancés) selon un schéma de catégorisation établi par les Nations Unies. Les indicateurs utilisés pour calculer l'*Indice* étaient propres à chaque niveau.

En 2013, l'*Indice* a fait l'objet d'une nouvelle mouture conformément aux meilleures pratiques et afin qu'il puisse tenir compte des changements introduits par les organisations internationales qui recueillent les données. Depuis cette année-là, tous les pays – riches et pauvres – sont évalués par rapport aux mêmes cinq indicateurs (précisés ci-dessous), un pour chacune des cinq dimensions du bien-être maternel. Les indicateurs précis utilisés dans ces comparaisons ont été choisis en fonction de leur fiabilité, de leur validité, de leur disponibilité au plus grand nombre possible de pays et de leur variabilité d'une année sur l'autre (afin de bâtir un *Indice* dynamique).

Remarque générale concernant les données

Save the Children ne recueille pas des données originales pour l'*Indice des mères*. Il se sert plutôt de données recueillies par des agences de données internationales dotées du mandat, des ressources et du savoir-faire requis pour recueillir, certifier et publier des données nationales sur des indicateurs précis. Les agences internationales harmonisent parfois les données afin de garantir la compatibilité entre pays et de compenser la sous-déclaration, ce qui peut entraîner des écarts entre les estimations internationales et nationales. Les données présentées dans l'*Indice* sont les données les plus récemment publiées au 13 mars 2014. Toutes les informations relatives aux sources et les définitions des indicateurs sont présentées ci-dessous.

L'amélioration des pratiques de collecte et de déclaration des données a fait qu'un nombre de plus en plus élevé de pays ont figuré sur l'*Indice* au fil des ans. En 2000, 106 pays étaient classés. Aujourd'hui, 178 pays figurent sur l'*Indice*. En conséquence, le nombre de pays auxquels est comparé tout pays donné s'est accru.

Sauf mention contraire, les moyennes et les médianes régionales concernent des pays et des territoires correspondant à la classification de l'UNICEF (voir *La situation des enfants dans le monde 2012*, p.124).

Indicateurs, définitions et sources des données

Risque de décès maternel sur la vie entière : La probabilité qu'une femme de 15 ans finisse par mourir d'une cause liée à la maternité. Cet indicateur prend en compte la probabilité de tomber enceinte et celle de mourir suite à cette grossesse, accumulées sur l'ensemble des années de procréation d'une femme. Les données portent sur l'année 2010. *Source* : Groupe interorganisations des Nations Unies (OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale). *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 to 2010*. (OMS : Genève 2012)

Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans : La probabilité de mourir entre la naissance et exactement cinq ans, exprimée pour 1 000 naissances vivantes. Les données portent sur l'année 2012. *Source* : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UNICEF, OMS, Division de la population des Nations Unies et Banque mondiale) 2013. Tiré de *CME Info* le 13 mars 2014

Durée attendue de la scolarisation formelle en années : L'espérance de vie scolaire (EVS) est définie comme le nombre d'années qu'un enfant en âge d'aller à l'école peut s'attendre à passer à l'école et à l'université (c.-à-d. éducation primaire, secondaire et supérieure), y compris les années consacrées au redoublement, si les schémas en cours des taux d'inscription spécifiques à l'âge persistent tout le long de la vie de l'enfant. Les données portent sur 2012 ou l'année la plus récente disponible. *Sources* : Institut de statistique de l'UNESCO (2014). *Data Centre, complété par des données de* : PNUD. *Expected Years of Schooling* (2013). Consulté le 13 mars 2014

Revenu national brut (RNB) par habitant : Les revenus agrégés d'une économie générés par sa production et

les facteurs de production qu'elle possède, moins les revenus versés pour l'utilisation des facteurs de production appartenant au reste du monde, convertis en dollars à l'aide de la méthode de l'Atlas de la Banque mondiale, divisés par la population en milieu d'année. Les données portent sur 2012 ou l'année la plus récente disponible. *Sources : Banque mondiale (2013). Data Catalog, complété par des données de : UN SNA Main Aggregates database (2013). Consulté le 13 mars 2014*

Participation des femmes au gouvernement national : La part de sièges occupés par des femmes dans une seule chambre ou, dans le cas des pays dotés d'une législature bicamérale, les chambres haute et basse du parlement national. Les données traduisent la situation au 1^{er} janvier 2014. *Source : Union interparlementaire (2014). Women in National Parliaments. Consulté le 13 mars 2014*

Méthodologie de calcul

1. Tous les pays dont la population en 2012 dépasse 100 000 personnes (Source : DAES de l'ONU *World Population Prospects: The 2012 Revision*. (2013)) et qui ont des données disponibles (2000 ou ultérieures) pour chacun des cinq indicateurs ont été inclus dans l'*Indice des mères*. Les pays auxquels il manquait une partie des données ont été inclus dans le tableau de l'*Indice*, mais pas dans le classement.

Remarques sur certains indicateurs :

- Lorsque les estimations de l'EVS du primaire au secondaire (brutes ou nettes de redoublement) étaient supérieures à celles du primaire au supérieur, ce sont celles du primaire au secondaire qui ont été utilisées. Lorsqu'il n'y avait pas d'estimations du primaire au supérieur, ce sont les estimations de l'EVS du primaire au secondaire (brutes ou nettes de redoublement) ou les estimations de l'EVS publiées par le PNUD (la source secondaire), en choisissant celles qui étaient les plus élevées, qui ont été utilisées.
- Pour éviter de récompenser les systèmes scolaires dans lesquels les élèves ne commencent pas à temps ou ne progressent pas dans le système au rythme attendu, les pays affichant une EVS de plus de 18 ans et des taux d'inscription bruts (du primaire au supérieur) de plus de 105 ont vu leur espérance de vie scolaire abaissée à 18 années avant le calcul du classement par rapport aux indicateurs.
- Dans les pays où le parlement ne fonctionne plus, ce sont les informations les plus récentes avant la suspension ou la dissolution du parlement qui ont été utilisées.

2. Le cas échéant, les données ont été arrondies au dixième le plus proche pour faciliter l'analyse.

3. Les pays ont été rangés et classés de 1 à 178 (1 étant le meilleur et 178 le pire) pour chacun des cinq indicateurs de bien-être maternel.

4. Des notes composites ont ensuite été calculées comme la moyenne de ces cinq classements par rapport aux indicateurs, en attribuant un coefficient égal à chacun des indicateurs.

5. Les notes ont été triées, de la plus basse à la plus haute, et classées de 1 à 178 pour donner le classement global sur l'*Indice des mères*.

Analyses du 15^e Indice annuel

Dans le cadre de ce 15^e *Indice des mères*, Save the Children procède à un bilan de 15 années d'évolution du classement. Depuis 2000, plus de 70 pays ont été ajoutés à l'*Indice*, dont la plupart sont entrés à des positions intermédiaires. La méthodologie de l'*Indice* a par ailleurs subi deux remaniements majeurs afin de traduire les plus récentes recherches et données disponibles. Ces changements apportés au jeu de données de l'*Indice* font que les classements des pays en 2000 (ou après) et en 2014 ne sont pas comparables. Néanmoins, on a observé un tableau très constant des pays situés tout en haut et tout en bas du classement. C'est pourquoi cette analyse se concentre sur les observations relatives à ces pays occupant les premières et dernières positions.

Les classements de l'*Indice* pour la période 2000-2014 ont été passés en revue et une liste de tous les pays qui ont figuré à un moment ou à un autre dans le top 10 et de ceux qui ont figuré à un moment ou à un autre parmi les 10 derniers a été compilée, en comptant le nombre de fois que chaque pays a figuré parmi les 10 premiers et les 10 derniers, respectivement.

Pour chacun des pays classés parmi les 10 premiers, la dernière année où il a figuré parmi les premiers, ainsi que la place occupée actuellement sur l'*Indice*, ont été notées. Les pays qui se sont le plus éloignés du top 10 ont été signalés. Pour faciliter la compréhension des facteurs ayant éventuellement contribué à cette chute, les données relatives aux tendances pour la période 2000-2014 (ou l'année la plus récente) pour chacun des cinq indicateurs figurant actuellement dans l'*Indice*, et ce pour tous les pays actuellement inclus dans l'*Indice*, ont été analysées. Le changement de pourcentage de la valeur pour chaque indicateur pour la période 2000-2014, ainsi que le changement relatif de place du pays par rapport à chaque indicateur, ont été calculés. Cette rétrospective sur 15 ans a été effectuée à l'aide de données historiques mises à jour pour 2000 tirées des mêmes sources que celles utilisées pour le rapport *Situation des mères dans le monde 2014* (recensées plus haut). Les résultats de cette analyse au niveau des

indicateurs ont aussi été utilisés pour identifier des exemples de progrès et de pertes sur le plan de la survie, de l'éducation, de l'économie et du statut politique affichés par certains pays occupant des positions intermédiaires sur l'*Indice*.

Une analyse par année pour les 10 derniers pays a également été menée. Pour chaque année, les pays actuellement touchés par un conflit ou une catastrophe naturelle d'envergure, ou en émergeant, ont été identifiés, à l'aide des règles de classification présentées ci-dessous. Le pourcentage de pays figurant parmi les 10 derniers touchés par l'un de ces problèmes ou les deux a été calculé pour chaque année de l'*Indice*. On a ensuite calculé la moyenne des valeurs sur 15 ans pour donner la part moyenne des pays qui se trouvaient en situation de conflit ou de catastrophe naturelle majeure ou en émergeaient l'année où ils étaient classés parmi les 10 derniers.

Une approche similaire a été utilisée pour identifier la part des pays concernés par l'initiative « Compte à rebours » (les 75 pays en développement où ont lieu plus de 95 pour cent du total des décès maternels et infantiles¹) qui sont peu susceptibles d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la survie maternelle (OMD 5) et à la survie infantile (OMD 4) et qui ont subi des conflits récents ou des catastrophes naturelles récurrentes, ou les deux. Les pays « peu susceptibles d'atteindre » les OMD 4 et 5 ont été identifiés comme ceux ne faisant « aucun progrès » ou « des progrès insuffisants » vers la cible de l'objectif en question. Les évaluations des progrès par pays pour l'OMD 5 ont été tirées directement du dernier rapport sur la mortalité maternelle (*Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*, auquel il est fait référence ci-dessus). Les évaluations des progrès pour l'OMD 4 ont été effectuées à l'aide des plus récentes données relatives à la mortalité des enfants de moins de cinq ans (à partir de CME Info, voir référence plus haut) et conformément à la méthodologie « Compte à rebours »².

1. Règles pour la classification des pays « en conflit » :

- Un pays était considéré comme « en conflit » pendant une quelconque année donnée si, durant cette année civile, il avait recensé au moins 25 décès (guerre ou conflit mineur) causés par l'un quelconque des trois types d'action violente (c.-à-d. la violence étatique, non étatique ou unilatérale) catégorisés par l'Uppsala Conflict Data Program (UCDP).³
- Un pays était considéré comme « émergeant d'un conflit » s'il avait connu un conflit majeur au cours des quatre années précédant l'année étudiée ou un conflit mineur durant les deux années précédant l'année étudiée (pour nos besoins, la « période de relèvement » est l'année du conflit + 4 ans pour les conflits majeurs et + 2 ans pour les conflits mineurs).

- Un pays était considéré comme ayant des « antécédents de conflit récent » s'il était « en conflit » ou « émergeait d'un conflit » au moins une année de la période 2000 à 2013 (l'année la plus récente pour laquelle des données UCDP étaient disponibles).

2. Règles pour la classification des pays « touchés par une catastrophe naturelle » :

- Un pays était considéré comme ayant été touché par une « catastrophe naturelle majeure » pendant une quelconque année donnée si un événement catastrophique enregistré dans la base de données internationale sur les catastrophes naturelles (EM-DAT) pour ce pays et cette année satisfaisait à au moins un des critères suivants : au moins mille (1 000) personnes tuées ; au moins un million (1 000 000) de personnes touchées.
- Un pays était considéré comme « émergeant d'une catastrophe naturelle majeure » pendant une quelconque année donnée si un événement catastrophique satisfaisant aux critères mentionnés ci-dessus était enregistré dans EM-DAT durant l'année précédant l'année étudiée (la « période de relèvement » est l'année de la catastrophe + 1 an).
- Un pays était considéré comme caractérisé par un schéma de « catastrophes naturelles persistantes » si, conformément à ce qui a été enregistré dans EM-DAT, il a subi au moins une catastrophe par an pendant 10 des 15 dernières années de données disponibles (c.-à-d. 1999-2013).
- NB : Aux fins de cette analyse, les « catastrophes naturelles » englobent les sous-groupes de catastrophes suivants : géophysiques (p. ex. séisme, éruption volcanique, glissement de terrain) ; météorologiques (p. ex. cyclone tropical, tornade) ; hydrologiques (p. ex. inondation, coulée de boue, avalanche) et climatologiques (p. ex. vague de chaleur, conditions hivernales extrêmes, sécheresse, feu de brousse). Les catastrophes biologiques (p. ex. épidémies, infestations d'insectes et débandades d'animaux) ne sont pas incluses. La base de données EM-DAT englobe toutes les catastrophes qui répondent à au moins un des critères suivantes : au moins dix personnes tuées ; au moins 100 personnes touchées ; déclaration de l'état d'urgence ; appel à l'aide internationale. *Source : The OFDA/CRED International Disaster Database (Base de données internationale des catastrophes) – www.emdat.be – Université catholique de Louvain – Bruxelles – Belgique*

Cette analyse présente d'importantes limites.

Tout d'abord, le jeu de données de l'*Indice des mères* a radicalement changé au fil des ans (p. ex. pays supplémentaires, différents indicateurs, méthodologie

remaniée). Du fait de ces changements (et du fait qu'il est impossible de comparer les classements), nous n'avons pas pu comparer les positions ayant changé au fil des ans. Nous avons plutôt limité notre analyse à des observations sur la composition des 10 premiers et 10 derniers pays, p. ex. quels pays ont passé le plus de temps parmi les premiers/les derniers, lesquels ont gagné/perdu le plus de places en partant du bas/du haut du classement, etc. Puis, en guise de complément, nous nous sommes penchés sur les tendances sur 15 ans pour les cinq indicateurs figurant désormais dans l'*Indice*. Cependant, le jeu de données de l'*Indice* ayant changé, cette analyse séparée ne peut expliquer pourquoi les positions ont changé. Elle ne donne qu'un aperçu de l'évolution de la position relative de chaque pays par rapport aux indicateurs qui font désormais l'objet d'un suivi. Ceci dit, les indicateurs qui figurent maintenant dans l'*Indice* étaient inclus d'une manière ou d'une autre en 2000, de sorte que les facteurs qui influent alors sur la position d'un pays dans le classement sont similaires à ceux qui l'influencent actuellement.

Deuxièmement, les taux historiques de mortalité maternelle et infantile sont mis à jour pour tenir compte des

nouvelles données. Nous n'avons pas, toutefois, recalculé les classements de l'*Indice* pour la période 2000-2013. Nous avons plutôt utilisé les classements publiés dans *La situation des mères dans le monde (State of the World's Mothers)* chaque année. Nous avons toutefois utilisé les données historiques mises à jour lors de l'examen de l'évolution des données et des positions par rapport aux indicateurs pour la période 2000-2014 (ou l'année la plus récente).

Les pays qui n'ont jamais atteint les toutes premières positions ou les toutes dernières ont aussi accompli des progrès et accusé des pertes remarquables au cours des 15 dernières années, mais les changements dont a fait l'objet l'*Indice* font qu'il est tout particulièrement difficile de comprendre le mouvement au milieu du classement. L'analyse au niveau des indicateurs contribue à identifier quelques tendances importantes. Dans le même temps, il y a certainement de nombreux pays qui ont fait de bons progrès en matière de santé et de bien-être maternels et infantiles qui n'ont pas été signalés, parce qu'ils n'ont jamais figuré dans les deux groupes examinés : les tout premiers et les tout derniers du classement de l'*Indice*.

Résumé d'orientation : principales constatations et recommandations

- 1 Les calculs représentent la part des décès de mères et d'enfants de moins de cinq ans à l'échelle mondiale qui se produisent dans les 51 États qualifiés de « fragiles », tels qu'identifiés par l'OCDE [*Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation (États fragiles en 2014 : mobilisation du revenu intérieur)*]. (Paris : 2014)]. Cette liste n'englobe pas les Philippines ni l'Inde, tous deux pays stables comportant des poches d'instabilité. Les chiffres relatifs aux décès maternels et infantiles sont tirés de l'OMS [*Niveaux et tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*]. (Genève : 2012)] et le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile [www.childmortality.org, 2013], respectivement.
- 2 Banque mondiale (2011), Rapport sur le développement dans le monde 2011, Banque mondiale, Washington, DC.
- 3 Mi-2013, la population dont s'inquiétait le HCR avait atteint 38,7 millions, le chiffre le plus élevé jamais enregistré (depuis que l'on a commencé à consigner ces chiffres en 1993). Les chiffres ayant continué à augmenter durant la deuxième moitié de 2013, le HCR s'attend à ce que les chiffres de fin d'année relatifs aux réfugiés et aux PDI dépassent les maximums jamais enregistrés. Les estimations du nombre de personnes déplacées par la force en 2013 sont attendus mi-2014. Source : HCR. *Mid-Year Trends 2013 (Tendances à mi-année 2013)*. (Genève : 2013)
- 4 HCR. *Rapport tendances mondiales*. (Genève : 2013)
- 5 Centre de suivi pour les déplacements internes. *Global Estimates 2012: People Displaced by Disasters (Estimations mondiales 2012 : personnes déplacées par les catastrophes naturelles)*. (Genève : mai 2013)
- 6 OCHA. *Overview of Global Humanitarian Response 2014 (Aperçu des interventions humanitaires dans le monde, 2014)*. (Genève : décembre 2013)
- 7 UNICEF. *Action humanitaire pour les enfants 2014*. (New York : février 2014)
- 8 Calcul effectué par Save the Children. Cette estimation englobe tous les enfants de moins de cinq ans vivant en Syrie et dans les 22 pays qui ont été touchés par une guerre ou un conflit mineur en 2013, tels qu'identifiés par l'Uppsala Conflict Data Program (UCDP). Sources : *UCDP Conflict Encyclopedia* : www.ucdp.uu.se/database, Uppsala University [consulté le 20 avril 2013] ; UNICEF. *La situation des*

enfants dans le monde 2014 en chiffres. (New York : 2014) Tableau 6

- 9 PNUD. *Fast Facts: Disaster Risk Reduction and Recovery*. (New York : 2012)
- 10 Les calculs représentent la part de décès maternels et d'enfants de moins de cinq ans à l'échelle mondiale qui ont lieu dans les 51 États fragiles tels qu'identifiés par l'OCDE [*Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*]. Cette liste n'englobe pas les Philippines ou l'Inde, deux pays stables comportant des poches de fragilité. Les chiffres relatifs aux décès maternels et infantiles sont tirés de l'OMS [*Niveaux et tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*]. (Genève : 2012)] et du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile [www.childmortality.org, 2013], respectivement.
- 11 Peterson, Kristina. « From the Field: Gender Issues in Disaster Response and Recovery ». *Natural Hazards Observer, Special Issue on Women and Disasters*. Volume 21, Numéro 5 (1997) cité dans : Plan International. *Parce que je suis une fille : Situation des filles dans le monde 2013 – Être adolescente en situation d'urgence : une double peine*. (Surrey, UK : 2013)
- 12 HCR des Nations Unies. 56^e Session du Comité exécutif : Rapport sur les consultations annuelles avec des organisations non gouvernementales. (Unité de liaison du HCR, Genève : 2005)
- 13 Il y a un large consensus au sein des communautés de la recherche et humanitaire sur le fait que, dans les guerres qui touchent des pays pauvres, c.-à-d. la majorité des guerres actuelles, le nombre de morts indirectes dépasse largement celui des morts causées par les violences liées à la guerre. Cependant, il n'y a actuellement pas de consensus sur le nombre de ces morts, ou le rapport moyen morts indirectes/morts directes. En conséquence, le nombre de morts indirectes de par le monde n'est toujours pas mesuré et – sauf dans quelques conflits très médiatisés comme le Darfour ou la République démocratique du Congo – reste largement ignoré. (Source : *Human Security Report 2009/2010*)
- 14 Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED). *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers*. (Bruxelles : 2014), Secrétariat de la Déclaration de Genève. *Fardeau mondial de la violence armée* (2008) et Merlin. *A Grave New World*. (Londres : 2010)
- 15 Adapté de Merlin. *A Grave New World*.
- 16 Cette analyse s'est limitée aux 25 et 44 pays « Compte à rebours » (*Countdown*)

qui sont classés comme ne faisant « aucun progrès » ou faisant des « progrès insuffisants » vers la réalisation des OMD 4 et 5, respectivement. 84 pour cent de chacun de ces groupes de pays ont des antécédents récents de conflit et/ou se sont caractérisés par un schéma de catastrophes naturelles persistantes durant la période 1999-2013. Pour un complément d'informations, voir les Notes relatives à la méthodologie et aux recherches.

- 17 En août 2013, par exemple, il a été signalé qu'au moins 1 027 femmes et enfants ont été tués en Syrie. D'après le Centre de documentation sur les violations en Syrie (*Violations Documentation Center in Syria*), en 2013 le nombre mensuel moyen de femmes et enfants ayant trouvé la mort était de plus de 700. Source : Violations Documentation Center, disponible sur : <http://www.vdc-sy.info/index.php/en/> [consulté le 16 mars 2014]
- 18 OCDE. *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation (États fragiles en 2014 : mobilisation du revenu intérieur)*. (Paris : 2014) ; Communiqué de presse de la Banque mondiale. « Objectifs du Millénaire pour le développement : La Banque mondiale relève des progrès dans 20 États fragiles. » 1^{er} mai 2013.

Sauver les mères et les enfants en situations de crise humanitaire

- 1 D'après l'Uppsala Conflict Data Program (UCDP), en 2013, il y avait un conflit étatique armé actif sur le territoire de 22 pays ; des conflits non étatiques menés par des groupes armés dans neuf pays et des actes de violence armée unilatérale à l'encontre de civils dans sept pays, le total des pays en proie à un conflit se montant à 26. La plus récente *Global Emergency Overview* du projet ACAPS (8-15 avril 2014) documente la violence en cours dans la plupart de ces pays, mais aussi d'autres. Sources : Uppsala Conflict Data Program (17 avril 2013) *Conflict Encyclopedia* de l'UCDP : www.ucdp.uu.se/database, Université d'Uppsala ; ACAPS. *Global Emergency Overview: Snapshot 8-15 April*. (2014) <http://geo.acaps.org/>
- 2 Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED). *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers*
- 3 Voir, par exemple : Mazurana, Dyan et al. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. (Feinstein International Center, Tufts University, Medford, MA, USA : août 2011) et IDMC. *Briefing Paper: Girl, Disrupted*. (Genève : mars 2014)

- 4 Voir OCDE. *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation (États fragiles en 2014 : mobilisation du revenu intérieur)*. (Paris : 2014) p. 2. NB : La liste des États fragiles est utilisé tout au long de ce rapport à la seule fin d'identifier les tendances ; elle n'est pas utilisée pour définir les États fragiles.
- 5 Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 2011 : Conflits, sécurité et développement* (Washington, DC : 2011)
- 6 Entretien mené pour Save the Children par Anna Ford, avril 2010
- 7 Analyse par Save the Children. Voir note 1, Résumé d'orientation
- 8 OMS, FNUAP et Escuela Andaluza de Salud Pública. *Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery*. (OMS : 2011)
- 9 Dean, Sohni, Elizabeth Mary Mason, Christopher Howson, Zohra Lassi, Ayesha Imam et Zulfiqar Bhutta. « Born Too Soon: Care Before and Between Pregnancy to Prevent Preterm Births: From Evidence to Action. » *Reproductive Health*. Volume 10 (Supplement 1). 15 novembre 2013
- 10 Voir par exemple : Razzaque A, Akhtar H, DaVanzo J, Enamul Hoque M, Nurul A, et al. (2012) Effect of maternal mortality on survival of under-five children: evidence from Matlab, Bangladesh. *Asian Population Studies*, Volume 10, Issue 1. 2014.
- 11 Voir par exemple : Ronsmans C, Chowdhury ME, Dasgupta SK, Ahmed A, Kaoblinsky M (2010). « Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study. » *The Lancet*. Volume 375. Issue 9730. p.2024–2031 et Anderson FWJ, Morton SU, Naik S, Gebrian B. « Maternal mortality and the consequences on infant and child survival in rural Haiti. » *Maternal and Child Health Journal*. Volume 11. Issue 4. Juillet 2007. p.395–401
- 12 Voir par exemple : Alicia Ely Yamin et al. « Costs of Inaction on Maternal Mortality: Qualitative Evidence of the Impacts of Maternal Deaths on Living Children in Tanzania. » *PLOS*. 19 août, 2013
- 13 Save the Children. *Missing Midwives*. (Londres : 2011) p. 21
- 14 FNUAP. Minimum Initial Service Package (MISP) (Dispositif minimum d'urgence – DMU). unfpa.org/emergencies/manual/2.htm
- 16 Save the Children. *State of the World's Mothers 2013: Surviving the First Day*. (Westport, CT: 2013)
- 17 Save the Children. *Ending Newborn Deaths: Ensuring Every Baby Survives*. (Londres : 2014)
- 18 Centers for Disease Control, Save the Children, HCR, FNUAP, UNICEF et al. *Field Guide for Newborn Health in Humanitarian Settings*. (New York : UNICEF : mai 2014)
- 19 Lawn, Joy, Simon Cousens et Jelka Zupan. « 4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why? » *The Lancet*. Volume 365, Issue 9462. 3 mars 2005. p. 891-900
- 20 Conde-Agudelo, Augustin, José Belizán et José Diaz-Rossello. « Kangaroo Mother Care to Reduce Morbidity and Mortality in Low Birthweight Infants. » *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011* : numéro 3, article numéro CD002771
- 21 Centers for Disease Control, Save the Children, HCR, FNUAP, UNICEF et al. *Field Guide for Newborn Health in Humanitarian Settings*. (New York : UNICEF : mai 2014)
- 22 Centers for Disease Control, Save the Children, HCR, FNUAP, UNICEF et al. *Field Guide for Newborn Health in Humanitarian Settings*. (New York : UNICEF : mai 2014)
- 23 Entretien mené pour Save the Children par Evan Schuurman, novembre 2013
- 24 Thurstans, Susan et Vicky Sibson. « Assessing the Intervention of Infant Feeding in Gaza. » *Field Exchange*. Numéro 38. Avril 2010. p. 23-25
- 25 Hipgrave DB, Assefa F, Winoto A, et al. « Donated breast milk substitutes and incidence of diarrhea among infants and young children after the May 2006 earthquake in Yogyakarta and Central Java. » *Public Health Nutrition*. Volume 15, Issue 2, février 2012. p.307–315
- 26 Hipgrave DB, Assefa F, Winoto A, et al. « Donated breast milk substitutes and incidence of diarrhea among infants and young children after the May 2006 earthquake in Yogyakarta and Central Java. » *Public Health Nutrition*. Volume 15, Issue 2, février 2012. p.307–315
- 27 Entretien mené pour Save the Children par Mark Kaye, août 2013.
- 28 Calculs effectués par Save the Children. Voir la note 1, Résumé, pour un complément d'informations. Voir aussi : Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 2011 : Conflit, sécurité et développement*. (Washington, DC : 2011)
- 29 Adapté de Merlin. *A Grave New World*. (Londres : 2010)
- 30 Save the Children. *Vies en péril : Programme pour en finir avec la mortalité évitable chez l'enfant*. (Londres : 2013)
- 31 Save the Children. *State of the World's Mothers 2013: Surviving the First Day*. (Westport, CT: 2013)
- 32 Black, Robert, Cesar Victora, Susan Walker, Zulfiqar Bhutta, Parul Christian Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Sally Grantham McGregor, Joanne Katz, Reynaldo Martorell et Ricardo Uauy. « Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries. » *The Lancet*. 3 août 2013 ; volume 382, numéro 9890. p. 427–451.
- 33 Données tirées d'enquêtes démographiques et sanitaires, d'enquêtes groupées multi-indicateurs ou d'enquêtes nationales sur la nutrition.
- 34 Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED). *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers ; UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2014 en chiffres*. (New York : 2014) Tableau 2, p. 36-41
- 35 Comité permanent interorganisations. *Femmes, filles, garçons et hommes : des besoins différents, des chances égales*. Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire de l'IASC (IASC : 2006)
- 36 CARE. *Commonly Asked Questions About the Sahel Food Crisis*. 21 janvier 2014
- 37 Plan International. *Parce que je suis une fille : La situation des filles dans le monde 2013. Être adolescente en situation d'urgence : une double peine*. (Surrey, Royaume-Uni : 2013)
- 38 Black, Robert, Cesar Victora, Susan Walker, Zulfiqar Bhutta, Parul Christian Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Sally Grantham McGregor, Joanne Katz, Reynaldo Martorell et Ricardo Uauy. « Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries. » *The Lancet*. 3 août 2013 ; volume 382, numéro 9890. p. 427-451.
- 39 Programme alimentaire mondial et UNICEF « Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in Populations Affected by an Emergency » (Prévention et lutte contre les carences en micronutriments dans les populations en situation d'urgence)
- 40 Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies. *6th Report on the World Nutrition Situation*. 2010, p. 38
- 41 Black, RE, LH Allen et ZA Bhutta « Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences », *The Lancet*. Volume 371, Issue 9608. 19 janvier 2008. p.243–260
- 42 Grantham-McGregor, S, et al « Development potential in the first 5 years for children in developing countries », *The Lancet*. Volume 369, Issue 9555. 6 janvier 2007. p.60–70
- 43 Save the Children. *A Life Free from Hunger*. (Londres : 2012)
- 44 Organisation pour l'alimentation et l'agriculture. *The Female Face of Farming*. (FAO : 2012)
- 45 Organisation pour l'alimentation et l'agriculture. *Le rôle des femmes dans l'agriculture – Comblent le fossé entre les hommes et les femmes pour soutenir le développement*. (FAO : 2011)
- 46 Organisation pour l'alimentation et l'agriculture. *Le rôle des femmes dans l'agriculture – Comblent le fossé entre les*

- hommes et les femmes pour soutenir le développement. (FAO : 2011)
- 47 FNUAP. *Women Are the Fabric: Reproductive Health for Communities in Crisis*. (New York : 2012)
- 48 Save the Children. *Crimes innombrables contre les enfants : violences sexuelles en situation de conflit*. (Londres : 2013)
- 49 Initiative Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies (RAISE). *Gender-based Violence*. www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs_gbv.pdf
- 50 CARE International UK. *Donor Spending on Gender in Emergencies 2013*. (Londres : novembre 2013)
- 51 CARE International UK. *Donor Spending on Gender in Emergencies 2013*. (Londres : novembre 2013)
- 52 ReliefWeb. *Donor Spending on Gender in Emergencies 2013*. 12 novembre 2013
- 53 Plan International. *Parce que je suis une fille : La situation des filles dans le monde 2013. Être adolescente en situation d'urgence : une double peine*. (Surrey, Royaume-Uni : 2013)
- 54 Organisation mondiale de la santé *La grossesse chez les adolescentes. Aide-mémoire 364*. (Genève : 2012)
- 55 UNICEF. *La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale*. (New York : 2008) Cité dans : FNUAP. *État de la population mondiale. La mère-enfant – Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*. (New York : 2013)
- 56 Dixon-Mueller, R. 2008. « How Young Is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions. » *Studies in Family Planning*. Volume 39, Issue 4. Décembre 2008. p.247–262
- 57 Blum, R. W., et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. A Global Look at Adolescent Pregnancy Prevention: Strategies for Success. Office of Adolescent Health webcast, 2 mai 2013. Washington, D.C. : Département des États-Unis de la santé et des services humains. Cité dans : FNUAP. *État de la population mondiale. La mère-enfant – Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*. (New York : 2013)
- 58 Nove et al. « Maternal mortality in adolescents compared with women of older ages: evidence from 144 countries. » *Lancet Global Health*. Volume 2, Issue 3. Mars 2014. p.155–164
- 59 Blanc A, Winfrey W, Ross J. « New findings for maternal mortality age patterns: aggregated results for 38 countries. » *PLoS* 16 avril 2013.
- 60 Save the Children. *State of the World's Mothers 2004: Children Having Children*. (Westport, CT : 2004)
- 61 FNUAP. *État de la population mondiale. La mère-enfant – Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*. (New York : 2013)
- 62 FNUAP. *État de la population mondiale. La mère-enfant – Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*. (New York : 2013)
- 63 Plan International. *Parce que je suis une fille : La situation des filles dans le monde 2013. Être adolescente en situation d'urgence : une double peine*. (Surrey, Royaume-Uni : 2013)
- 64 Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, et al. Contraception and Health. *The Lancet*. Volume 380. 10 juillet 2012. p.149–156
- 65 Comité permanent interorganisations. *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire. Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence*. (IASC: 2005)
- 66 Entretien mené pour Save the Children par Sadia Ijaz, septembre 2013.
- 67 IAWG. *A Statement on Family Planning for Women and Girls as a Life-saving Intervention in Humanitarian Settings*. (mai 2010)
- 68 FNUAP. *Safe Motherhood: Protecting Mothers in Risky Situations*. www.unfpa.org/public/home/emergencies/pid/4787
- 69 Singh, Susheela et al. « Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends and Outcomes. » *Studies in Family Planning*. Volume 41, Issue 4. Décembre 2010. p.241–250
- 70 Entretien mené pour Save the Children par Colin Crowley et Scott Clarkson, janvier 2012. Le district de Habiganj, où Shefali et ses enfants vivent, est inondé tous les ans durant la mousson et est aussi vulnérable face aux sécheresses.
- 71 Xu, Ke, David Evans, Guido Carrin et Ana Mylena Aguilar-Rivera. *Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure*. Dossier technique destiné aux décideurs (OMS : Genève 2005)
- 72 Article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, commentaire 14, sous « Accessibilité économique » : « les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous. »
- 73 Comité permanent interorganisations. Cluster mondial Santé. *Removing User Fees for Primary Health Care Services During Humanitarian Crises*. 24 mars 2010
- 74 UN IGME. *Niveaux et tendances de la mortalité infantile. Rapport 2013*. (UNICEF : New York :2013)
- 75 Nations Unies. *Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le développement 2013*. (New York : 2013)
- 76 Analyse effectuée par Save the Children des données d'UN IGME 2013. « Sur la bonne voie » indique que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans pour 2011 est inférieur à 40 décès pour 1 000 naissances vivantes ou qu'il est supérieur ou égal à 40, avec un taux annuel moyen de réduction de 4,0 pour cent ou plus pour la période 1990–2012.
- 77 OMS et UNICEF. *Countdown to 2015 – Building a Future for Women and Children: The 2012 Report*. (Washington : 2012)
- 78 Banque mondiale. *Stop Conflict, Reduce Fragility and End Poverty: Doing Things Different in Fragile and Conflict-affected Situations*. (Washington : Banque mondiale : 2013) ; OCDE. *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*.
- 79 UN IGME. *Niveaux et tendances de la mortalité infantile. Rapport 2013*. (UNICEF : New York : 2013)
- 80 Communiqué de presse de la Banque mondiale. « Objectifs du Millénaire pour le développement : La Banque mondiale relève des progrès dans 20 États fragiles ». 1 mai 2013.
- 81 Analyse effectuée par Save the Children des données IGME et MMEIG : Le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile, 2013 ; OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*. (Organisation mondiale de la santé, Genève : 2012)
- 82 Germanwatch. *Global Climate Risk Index 2014*. (Bonn et Berlin : novembre 2013). Entre 1993 et 2012, le Bangladesh a été le 5^e pays le plus gravement touché par les impacts d'événements météorologiques liés aux phénomènes météorologiques (tempêtes, inondations, vagues de chaleur, etc.). Le Népal était classé 14^e et la Chine 22^e.
- 83 Thomson Reuters Foundation. « Climate Change Threatens Bangladesh's MDG Achievements », 22 juillet 2013.
- 84 IRIN. « Nepal's Health Sector More Earthquake-Ready. » 21 janvier 2014.
- 85 Germanwatch. *Global Climate Risk Index 2014*. (Bonn et Berlin : novembre 2013). Entre 1993 et 2012, les 10 pays les plus gravement touchés par les phénomènes météorologiques extrêmes étaient les suivants : Honduras (1), Myanmar (2), Haïti (3), Nicaragua (4), Bangladesh (5), Vietnam (6), Philippines (7), République dominicaine (8), Mongolie (8), Thaïlande (10) et Guatemala (10).
- 86 Merlin. *A Grave New World*. (Londres : 2010)
- 87 Grover, Anand. Déclaration lors de la 68^e Session de l'Assemblée générale, 25 octobre 2013
- 88 OMS. « Keeping Health Workers and Facilities Safe in War. » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. Vol. 90, No 1. Janvier 2012. p. 1-74

- 89 CICR. *Health Care in Danger, January to December 2012: Violent Incidents Affecting Health Care*. 15 mai 2013.
- 90 Safeguarding Health in Conflict. *Statement from World Vision on WHO's Role in Meeting the Demands of Health in Humanitarian Emergencies*, 27 janvier 2014
- 91 Blankespoor, Brian, Susmita Dasgupta, Benoit Laplante et David Wheeler. *Adaptation to Climate Extremes in Developing Countries: The Role of Education*. (Banque mondiale : Washington : juin 2010)
- 92 L'étude s'est limitée à des pays identifiés par la Banque mondiale comme des pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure au moment de l'analyse.
- 93 Plan International. *Gazette pour les droits des filles*. 11 octobre 2012. www.plan-eu.org/content/uploads/2012/10/Girls-Rights-Gazette-text-only-version.doc
- Les catastrophes naturelles récurrentes mettent à dure épreuve la résilience des Philippines**
- 1 Entretien mené pour Save the Children par Marlon Ellorimo, mars 2014
- 2 MIRA – Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment: Philippines Typhoon Haiyan. (novembre 2013)
- 3 Multi-Cluster Needs Assessment: Final Report Philippines Typhoon Haiyan. (OCHA et PAM : décembre 2013)
- 4 NDRRMC. *SitRep No. 108: Effects of Typhoon "Yolanda" (Haiyan)*. 3 avril 2014
- 5 MIRA – Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment: Philippines Typhoon Haiyan. (novembre 2013)
- 6 NDRRMC. *SitRep No. 108: Effects of Typhoon "Yolanda" (Haiyan)*. 3 avril 2014
- 7 UNICEF. *Philippines Humanitarian Situation Report #19*. 7 février 2014
- 8 Germanwatch. *Global Climate Risk Index 2014*. (Bonn et Berlin : novembre 2013) et Alliance Development Works. *World Risk Report 2012*. (Berlin : 2013)
- 9 Banque mondiale 2013 *Philippines dashboard* http://sdwebx.worldbank.org/climateportalb/home.cfm?page=country_profile&CCode=PHL&ThisTab=Overview
- 10 EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database – www.emdat.be, Université Catholique de Louvain, Bruxelles (Belgique) [consulté le 3 février 2014]
- 11 IDMC. *Comprehensive response to wave of displacement crises needed*. (Genève : 2013)
- 12 UN IGME. *Niveaux et tendances de la mortalité infantile. Rapport 2013*. (UNICEF : New York : 2013)
- 13 OMS/UNICEF/FNUAP/Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*. (Genève, OMS, 2012)
- 14 Romualdez, Alberto, Jennifer de la Rosa, Jonathan Flavier, Stella Quimbo, Kenneth Hartigan-Go, Liezel Lagrada et Lilibeth David. « The Philippines Health System Review. » *Health Systems in Transition*. Volume 1, numéro 2.
- 15 PharmaBoardroom.com. « The Philippines: rapidly moving towards universal healthcare coverage ». 2 mars 2014
- 16 OCHA. *Humanitarian Bulletin Philippines Typhoon Haiyan*. Numéro 1. 12 février 2014
- 17 Consultations avec des membres du personnel de Save the Children
- 18 Entretien mené pour Save the Children par Marlon Ellorimo, mars 2014
- 19 Département de l'aide humanitaire de la Commission européenne. *Philippines: Humanitarian Implementation Plan (HIP) Philippines (ECHO/PHL/BUD/2013/91000) Last update: 24/01/2014 Version 5*. 29 janvier 2014
- 20 Philippines Humanitarian Country Team. *Typhoon Haiyan (Yolanda) Strategic Response Plan: The Philippines*. 27 décembre 2013
- 21 FNUAP. *Humanitarian Bulletin: Typhoon Haiyan/Yolanda*. Février 2014
- 22 Multi-Cluster Needs Assessment: Final Report Philippines Typhoon Haiyan. (OCHA et PMA : décembre 2013) et IRIN. « Maternal Healthcare Struggles for Survival after Typhoon Haiyan. » Manille. 5 décembre 2013
- 23 UNICEF. *Four Months After Typhoon Haiyan, Philippines: Progress Report*. (New York : 2014)
- 24 Entretien mené pour Save the Children par Krista Zimmerman, mars 2014
- 25 Plan International Philippines. *Rapid Health Facility Needs Assessment: Maternal, Newborn and Child Health*. 19 décembre 2013
- 26 USC-Office of Population Studies Foundation, Inc. *Post-Typhoon Yolanda Reproductive Health and GBV Assessment: Facility Survey*. (Cebu City, Philippines : janvier 2014) [NB : Cette étude a été commanditée par le FNUAP]
- 27 Entretien mené pour Save the Children par Krista Zimmerman, mars 2014
- 28 Entretien mené pour Save the Children par Hedinn Halldorsson, janvier 2014
- 29 Gouvernement des Philippines, Organisation mondiale de la santé. *Philippines Health Cluster Bulletin*, Issue 13. 31 janvier 2014 et FNUAP. *Humanitarian Bulletin: Typhoon Haiyan/Yolanda*. Février 2014
- 30 Preliminary Results from the 2013 National Demographic and Health Survey. 20 mars 2014 www.census.gov.ph/content/six-ten-births-are-delivered-health-facility-preliminary-results-2013-national-demographic
- 31 MIRA – Multi-Cluster/Sector Initial Rapid Assessment: Philippines Typhoon Haiyan (novembre 2013)
- 32 USC-Office of Population Studies Foundation, Inc. *Post-Typhoon Yolanda Reproductive Health and GBV Assessment: Facility Survey*.
- 33 Entretiens menés pour Save the Children par Marlon Ellorimo, mars 2014
- 34 Entretiens menés pour Save the Children par Marlon Ellorimo, mars 2014
- 35 MSF. « *Some Parts Are Still Devastated* »: *Two Months in Tacloban*, Philippines. 14 janvier 2014
- 36 Entretiens menés pour Save the Children avec des prestataires de services de santé actifs à Tacloban, Ormoc et Estancia
- 37 Entretien mené pour Save the Children par Hedinn Halldorsson, janvier 2014
- 38 Western Pacific Region. *Human Resources for Health Country Profiles: Philippines*. (Genève : 2013)
- 39 Plan International Philippines. *Rapid Health Facility Needs Assessment: Maternal, Newborn and Child Health*.
- 40 Ryan, William pour le FNUAP « In Typhoon's Terrible Wake, Women Continue to Give Birth Bravely. » 4 décembre 2013
- 41 Agence France-Presse. « Nurses Battle Fatigue in Tide of Philippine Typhoon Births. » 21 novembre 2013
- 42 Entretien avec une sage-femme travaillant à Tacloban mené pour Save the Children par Marlon Ellorimo, mars 2014
- 43 IRIN. « Keeping Malnutrition on Radar After Typhoon Haiyan. » 5 décembre 2013
- 44 UNICEF. *Four Months After Typhoon Haiyan, Philippines: Progress Report*. (New York : 2014)
- 45 Cluster santé. *Response to Typhoon Haiyan (Yolanda)*. 14 février 2014 et OCHA. *Typhoon Haiyan (Yolanda) Consolidated Cluster Briefs*. 10 mars 2014
- 46 Entretien mené pour Save the Children par Hedinn Halldorsson, janvier 2014
- 47 Entretien mené pour Save the Children par Ajla Grozdanic, janvier 2014
- 48 Food and Nutrition Research Institute – Department of Science and Technology (FNRI-DOST). 2012. *Philippine Nutrition Facts and Figures 2011*. DOST Complex, FNRI Bldg., Bicutan, Taguig City, Grand Manille, Philippines
- 49 ACAPS. *Philippines: Typhoon Yolanda. Secondary Data Review* – janvier 2014
- 50 Multi-Cluster Needs Assessment: Final Report Philippines Typhoon Haiyan. (OCHA et PAM : décembre 2013)
- 51 Save the Children. *Philippines Typhoon Haiyan Breast Feeding Key Messages and Q&A*. 21 novembre 2013

- 52 Government of the Philippines, PAM et al. *Summary findings of Nutrition Survey Using SMART methods For Typhoon Yolanda affected areas of Regions VI, VII and VIII The Philippines – February–March 2014* (24 mars 2014)
- 53 Entretien mené pour Save the Children par Krista Zimmerman, mars 2014
- 54 *Multi-Cluster Needs Assessment: Final Report Philippines Typhoon Haiyan*. (OCHA et PAM : décembre 2013)
- 55 Philippines Humanitarian Country Team. *Typhoon Haiyan (Yolanda) Strategic Response Plan: The Philippines*. 27 décembre 2013
- 56 Consultations avec des membres du personnel de Save the Children
- 57 Entretien mené pour Save the Children par Hedinn Halldorsson, janvier 2014
- 58 UNICEF. *Philippines: UNICEF Philippines Typhoon Haiyan Situation Report #16*. 13 janvier 2014
- 59 ACAPS. *Philippines: Typhoon Yolanda. Secondary Data Review* – janvier 2014
- 60 Plan International Philippines. *Rapid Health Facility Needs Assessment: Maternal, Newborn and Child Health*. 19 décembre 2013
- 61 UNICEF. *Philippines: UNICEF Philippines Typhoon Haiyan Situation Report #16*. 13 janvier 2014
- 62 USC-Office of Population Studies Foundation, Inc. *Post-Typhoon Yolanda Reproductive Health and GBV Assessment: Facility Survey*.
- 63 Département d'aide humanitaire de la Commission européenne. *Philippines: Humanitarian Implementation Plan (HIP) Philippines (ECHO/PHL/BUD/2013/91000) Last update: 24/01/2014 Version 5*. 29 janvier 2014
- 64 Entretien mené pour Save the Children par Krista Zimmerman, mars 2014
- 65 Government of the Philippines, PAM et al. *Summary findings of Nutrition Survey Using SMART methods For Typhoon Yolanda affected areas of Regions VI, VII and VIII The Philippines – February–March 2014* (24 mars 2014)
- 66 Anttila-Hughes, Jesse Keith et Hsiang, Solomon. « Destruction, Disinvestment, and Death: Economic and Human Losses Following Environmental Disaster ». *Social Science Research Network*. 18 février 2013
- 67 MacKenzie, Debora. « Typhoon Haiyan: Baby Girl Death Toll Will Rise ». *New Scientist*. 25 novembre 2013
- 68 Entretien mené pour Save the Children par Hedinn Halldorsson, janvier 2014
- 69 Save the Children, Plan, UNICEF et World Vision. *After Yolanda: What Children Think, Need and Recommend*. (Manille : décembre 2013)
- 70 Entretien mené pour Save the Children par Rosary Diane Maligalig, mars 2014
- L'urgence au quotidien en République démocratique du Congo**
- 1 Entretien mené par Save the Children par Krista Armstrong, mars 2014
- 2 Dr. Coghlan, Benjamin ; Pascal Ngoy ; Flavien Mulumba ; Colleen Hardy ; Dr. Valerie Nkamgang Bemo ; Dr. Tony Stewart ; Jennifer Lewis ; Dr. Richard Brennan. *Mortality in the Democratic Republic of Congo: An ongoing crisis*. (International Rescue Committee, Burnet Institute : 2007)
- 3 EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database – www.emdat.be, Université Catholique de Louvain, Bruxelles (Belgique) [consulté le 3 février 2014]
- 4 En 2007, l'International Rescue Committee a estimé que seulement 0,4 pour cent des morts dans l'ensemble de la République démocratique du Congo durant cette année-là étaient directement imputables à la violence. Au cours des quelques dernières années (c.-à-d. depuis 2010), il y a eu environ 400 000 morts d'enfants de moins de cinq ans et 15 000 décès maternels par an, par rapport à moins de 1 000 morts liées aux combats (dont certains sont des civils). Et bien que ces données soient incomplètes, les femmes et les enfants de la RDC semblent aussi courir un risque relatif de mort plus important. Sources : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (IGME), jeux de données de l'Uppsala Conflict Data Program (UCDP) et OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 to 2010*.
- 5 OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*. (OMS : Genève : 2012)
- 6 Calcul de Save the Children à partir de données de l'OCHA. Source: OCHA, 2014. *Plan de Réponse Stratégique : République Démocratique du Congo* (novembre 2013). p.1, 58
- 7 OCHA. *2014 Plan de Réponse Stratégique : République Démocratique du Congo* (novembre 2013)
- 8 Seay, Laura. « Effective Responses: Protestants, Catholics and the Provision of Health Care in Post-War Kivus. » *Review of African Political Economy*. Volume 40, numéro 135. 1 mars 2013. p.83–97
- 9 D'Errico, Nicole, Louise Bashige Nzigire, Felicien Maïsha et Luc Malemo Kalisya. « "You Say Rape, I Say Hospitals. But Whose Voice is Louder?" Health, Aid and Decision-Making in the Democratic Republic of Congo. » *Review of African Political Economy*. Volume 40, numéro 135. 1 mars 2013. p.51–66
- 10 US Global Health Initiative. *Democratic Republic of Congo Strategy 2011–2014*. Novembre 2011.
- 11 Médecins Sans Frontières. *L'urgence au quotidien : souffrance silencieuse en République démocratique du Congo* (Amsterdam : 2014)
- 12 OMS, UNICEF, FNUAP et la Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*. (OMS, Genève : 2012)
- 13 Le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile, 2013
- 14 Merlin. *A Grave New World*. (Londres : 2010)
- 15 OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*. (OMS, Genève : 2012)
- 16 Division Provinciale de la Santé du Nord-Kivu (DPS) [Données et source fournies par des membres du personnel de Merlin dans le Nord-Kivu, RDC]
- 17 OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*. (OMS, Genève : 2012)
- 18 Consultation de Save the Children avec Merlin.
- 19 IAWG (Groupe de travail interorganisations) sur la santé reproductive en situations de crise. *In-depth Assessment of Reproductive Health Services in Countries Affected by Humanitarian Crises: The Democratic Republic of the Congo*. (non publié, 2014)
- 20 IAWG (Groupe de travail interorganisations) sur la santé reproductive en situations de crise. *In-depth Assessment of Reproductive Health Services in Countries Affected by Humanitarian Crises: The Democratic Republic of the Congo*. (non publié, 2014)
- 21 Mbela, Kiyombo. *Analysis of the Situation of Reproductive Health Services in the DRC: Case Study of the Post-Conflict Zones of Maniema and Equateur*. Préparé pour : Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery, Expert Consultation, Grenade, Espagne, 28–30 septembre 2009 (non publié)
- 22 D'Errico, Nicole, Louise Bashige Nzigire, Felicien Maïsha et Luc Malemo Kalisya. « "You Say Rape, I Say Hospitals. But Whose Voice is Louder?" Health, Aid and Decision-Making in the Democratic Republic of Congo. » *Review of African Political Economy*.
- 23 Dr. Coghlan B., et al. *Mortality in the Democratic Republic of Congo: An ongoing crisis*. (International Rescue Committee, Burnet Institute : 2007)
- 24 Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes. *People Affected by Conflict 2013: Humanitarian Needs in Numbers*. (Bruxelles : CRED : 2014)
- 25 Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes. *People Affected by Conflict*

- 2013: *Humanitarian Needs in Numbers*. (Bruxelles : CRED : 2014)
- 26 OMS. Référentiel de données de l'Observatoire mondial de la santé. app.who.int/gho/data [consulté le 14 avril 2014]
- 27 IRIN. « Malaria Cases Soar in Former DRC Rebel Stronghold. » 27 novembre 2013 et OMS Référentiel de données de l'Observatoire mondial de la santé (consulté le 14 avril 2014)
- 28 IRIN. « Measles Epidemic affects Thousands in DRC. » 27 février 2013
- 29 UNICEF. *La situation des enfants dans le monde 2014. En chiffres*. (New York : 2014) p. 43
- 30 OMS. *Health Emergency Highlights* (Genève : octobre 2013)
- 31 UNICEF. *La situation des enfants dans le monde 2014. En chiffres*. (New York : 2014) p. 43
- 32 D'Errico, Nicole, Louise Bashige Nzigire, Felicien Maisha et Luc Malemo Kalisya. « 'You Say Rape, I Say Hospitals. But Whose Voice is Louder?' Health, Aid and Decision-Making in the Democratic Republic of Congo. » *Review of African Political Economy*.
- 33 D'Errico, Nicole, Louise Bashige Nzigire, Felicien Maisha et Luc Malemo Kalisya. « 'You Say Rape, I Say Hospitals. But Whose Voice is Louder?' Health, Aid and Decision-Making in the Democratic Republic of Congo. » *Review of African Political Economy*.
- 34 Banque mondiale. Indicateurs du développement dans le monde. Disponible sur : <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.2DAY/countries?page=1> (consulté le 7 janvier 2013)
- 35 Measure DHS. STATCompiler (consulté le 7 janvier 2013)
- 36 Waldman, Ron. *Health in Fragile States, Country Case Study: Democratic Republic of the Congo*. (Arlington, VA : BASICS pour USAID : 2006) et Mbela, Kiyombo. *Analysis of the Situation of Reproductive Health Services in the DRC: Case Study of the Post-Conflict Zones of Maniema and Equateur*. Préparé pour : Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery, Expert Consultation, Grenade, Espagne, 28-30 septembre 2009 (non publié)
- 37 Médecins Sans Frontières. *L'urgence au quotidien : souffrance silencieuse en République démocratique du Congo*. (Amsterdam : 2014)
- 38 FNUAP. *Working Against All Odds to Improve Maternal Health in DRC*. 19 septembre 2011
- 39 Médecins Sans Frontières. *L'urgence au quotidien : souffrance silencieuse en République démocratique du Congo*. (Amsterdam : 2014)
- 40 Médecins Sans Frontières. *L'urgence au quotidien : souffrance silencieuse en République démocratique du Congo*. (Amsterdam : 2014)
- 41 Entretien mené pour Save the Children par Krista Armstrong, mars 2014
- 42 PNUD, FNUAP. Première session ordinaire du Conseil d'administration du PNUD/du FNUAP, 20 au 27 janvier 2006. *Post-conflict peacebuilding in Africa: the role of UNDP and UNFPA in Angola and the Democratic Republic of the Congo. The DRC case study*
- 43 Bartels, Susan, Michael VanRooyen, Jennifer Leaning, Jennifer Scott et Jocelyn Kelly. *Now, The World Is Without Me: An Investigation of Sexual Violence in eastern Democratic Republic of Congo*. (Harvard Humanitarian Initiative et Oxfam International, avril 2010)
- 44 Prof. Dr. Elbert, Thomas et al. *Sexual and Gender-based Violence in the Kivu Provinces of the DRC: Insights from former Combatants*. (Banque mondiale, Washington, D.C. : 2013)
- 45 Pratt M, Werchick L, Bewa A, Eagleton M-L, Lumumba C, Nichols K, Piriipiri L. USAID/DCHA Assessment Report. Sexual terrorism: Rape as a weapon of war in Eastern Democratic Republic of Congo. 18 mars 2004
- 46 Médecins Sans Frontières. *L'urgence au quotidien : souffrance silencieuse en République démocratique du Congo* (Amsterdam : 2014)
- 47 Human Rights Watch, *The War within the War. Sexual Violence against Women and Children in Eastern Congo*. (New York : 2002)
- 48 Osoimehin, Babatunde et Zainab Bangura. *Act Now, Act Big to End Sexual Violence in the Democratic Republic of the Congo*.
- 49 Amnesty International. *Rapport Annuel 2013. La Situation des Droits Humains : République démocratique du Congo*
- 50 « UNHCR statistics show alarming rise in rape and violence against women in North Kivu » ; UNHCR News Stories ; 30 juillet 2013
- 51 Division Provinciale de la Santé du Nord-Kivu (DPS) [Données et source fournies par le personnel de Merlin dans le Nord-Kivu, RDC]
- 52 ACAPS. *Global Emergency Overview: Snapshot 11-18 March*. 18 mars 2014
- 53 Welthungerhilfe. *A War Against Women: A Hospital Offers Medical and Psychological Support for Victims of Rape*. www.welthungerhilfe.de/en/get-informed/our-projects/project-en/refugee-camp-and-road-construction.html#!/b1434/
- 54 Wiltz, Teresa. « The Most Dangerous Women in the World: Justine Masika Bihamba. » *More*. 24 mai 2010
- 55 Entretien mené pour Save the Children par Sylvia Nabanoba, février 2014
- 56 ONUSIDA. *Congo (République démocratique du)*. www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/
- 57 IAWG (Groupe de travail interorganisations) sur la santé reproductive en situations de crise. *In-depth Assessment of Reproductive Health Services in Countries Affected by Humanitarian Crises: The Democratic Republic of the Congo*. (non publié, 2014)
- 58 Mbela, Kiyombo. *Analysis of the Situation of Reproductive Health Services in the DRC: Case Study of the Post-Conflict Zones of Maniema and Equateur*. Préparé pour : Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery, Expert Consultation, Grenade, Espagne, 28-30 septembre 2009 (non publié)
- 59 Médecins Sans Frontières. *RDC : Majority of People Living with HIV Denied Treatment*. 25 janvier 2012
- 60 IRIN. « DRC: End of Mother-to-Child HIV Transmission Still a Long Way Off. » 24 avril 2012
- 61 IRIN. « DRC: End of Mother-to-Child HIV Transmission Still a Long Way Off. » 24 avril 2012
- 62 UNICEF. *Vers une génération sans SIDA – Enfants et SIDA : 6^e bilan de la situation, 2013*. (New York : 2013)
- 63 IAWG (Groupe de travail interorganisations) sur la santé reproductive en situations de crise. *In-depth Assessment of Reproductive Health Services in Countries Affected by Humanitarian Crises: The Democratic Republic of the Congo*. (non publié, 2014)
- 64 Women's Refugee Commission, Save the Children et HCR. *Case Study: Adolescent Sexual and Reproductive Health Programming in Goma, Democratic Republic of the Congo*. (New York et Washington, DC : décembre 2013)
- 65 Entretien mené pour Save the Children par Sylvia Nabanoba, février 2014
- 66 Waldman, Ron. *Health in Fragile States, Country Case Study: Democratic Republic of the Congo*. (Arlington, VA : BASICS pour USAID : 2006)
- 67 Waldman, Ron. *Health in Fragile States, Country Case Study: Democratic Republic of the Congo*. (Arlington, VA : BASICS pour USAID : 2006) et UNESCO et UNICEF. *Children Out of School: Measuring Exclusion from Primary School*. (UNESCO Institute for Statistics : Montreal : 2005)
- 68 UNESCO UIS (consulté le 7 janvier 2013)
- 69 UNICEF. « Melissa Kasoke Raises Her Voice for Girls' Education in the Democratic Republic of Congo. » 23 octobre 2013
- 70 UNICEF. « Melissa Kasoke Raises Her Voice for Girls' Education in the Democratic Republic of Congo. » 23 octobre 2013

- 71 Human Rights Watch, *Soldiers Who Rape, and Commanders Who Condone: Sexual Violence and Military Reform in the Democratic Republic of Congo*.
- 72 Eastern Congo Initiative. *Children's Voice*. www.easterncongo.org/success-stories/cbo-success-stories/detail/182
- 73 Entretien mené pour Save the Children par Colin Crowley, juin 2012
- 74 Entretien mené pour Save the Children par Sylvia Nabanoba, camp de réinstallation des réfugiés de Rwamwanja, Ouganda, février 2014
- 75 Entretien mené pour Save the Children par Krista Armstrong, mars 2014
- Des mères et des enfants syriens dévastés par le conflit**
- 1 Entretien mené pour Save the Children par Ahmad Baroudi, Liban, février 2014
- 2 Les estimations englobent le nombre de réfugiés inscrits et le nombre d'enfants et de femmes qui attendent d'être inscrits. Source : UNHCR Syria Regional Refugee Response Information Portal : <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php> [consulté le 16 avril 2014]
- 3 Gouvernement de la République arabe syrienne et autres. *2014 Syrian Arab Republic Humanitarian Assistance Response Plan (SHARP)*. (Décembre 2013)
- 4 FNUAP. *Syria Crisis Humanitarian Bulletin – Highlights of Response: February–March 2014* (31 mars 2014)
- 5 FNUAP. *UNFPA Calls for More Support to Address the Special Needs of Syrian Women and Girls*. 13 janvier 2014
- 6 OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 to 2010*. (OMS, Genève : 2012) ; UN IGME. *Niveaux et tendances de la mortalité infantile. Rapport 2013*. (UNICEF : New York : 2013)
- 7 OMS. Base de données de l'Observatoire mondial de la santé. <http://apps.who.int/gho/data> (consulté le 17 décembre 2013)
- 8 UNICEF. *At a Glance: Syrian Arab Republic*. www.unicef.org/infobycountry/syria_statistics.html
- 9 *Syria Integrated Needs Assessment*. (Décembre 2013) p.43
- 10 IRIN. « Syria Healthcare System Crumbling. » Décembre 2012
- 11 OMS. *Donor update: Syrian Arab Republic*. Septembre 2013
- 12 International Rescue Committee. *Syria: A Regional Crisis*. (New York : janvier 2013)
- 13 Physicians for Human Rights. *Syria's Medical Community Under Assault*. Janvier 2014
- 14 International Rescue Committee. *Syria: A Regional Crisis*. (New York : 2013)
- 15 Entretien mené pour Save the Children par Ahmad Baroudi, Liban, février 2014
- 16 UNICEF. *La situation des enfants dans le monde 2014 en chiffres*. (New York : 2014)
- 17 OCHA. Humanitarian Bulletin Syria Numéro 39 | 3 – 16 déc. 2013 ; IRIN. « Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria. » 29 mai 2013
- 18 Assessment Working Group for Northern Syria. *Syrian Arab Republic: Syria Integrated Needs Assessment*. Décembre 2013. p.46
- 19 Supplement to Assessment Working Group for Northern Syria. *Syria Arab Republic: Syria Integrated Needs Assessment*. Décembre 2013
- 20 L'OMS en collaboration avec le ministère de la Santé syrien. *Availability of Health Resources and Services at Public Hospitals in Syria*. 3^e trimestre de 2013
- 21 IRIN. « Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria. » 29 mai 2013
- 22 Healthy Newborn Network. « Brazilian Women Rebel Against Cesarean Births. » août 2012
- 23 FNUAP. *Jordanian Midwife Delivers for Syrian Refugees*. 15 août 2013 <http://unfpa.org/public/home/news/pid/14949>
- 24 IAWG. *Reproductive health Services for Syrian Refugees in Zaatri Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial service Package, 17–22 mars 2013*. (14 novembre 2013)
- 25 HCR des Nations Unies. *Syria Regional Response Plan*. (2013)
- 26 HCR des Nations Unies. *Syria Regional Refugee Response: Jordan*. 6 février 2014
- 27 HCR des Nations Unies. *Health Sector Bi-weekly Report Public Health and Nutrition Jordan Week 1 and 2 HIS Zaatri Report*. 27 janvier 2014
- 28 IAWG. *Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Service Package, 17–22 mars 2013*
- 29 Usta, Jinan et Amelia Reese Masterson. *Assessment of Reproductive Health and Gender Based Violence Among Displaced Syrian Women in Lebanon, July–September 2012*
- 30 Entretien mené pour Save the Children par Ahmad Baroudi, février 2014
- 31 Gouvernement de la République arabe syrienne et autres. *Revised Syrian Humanitarian Assistance Response Plan, January–December 2013*, section 3.1. 7 juin 2013
- 32 REACH. *Informal Tented Settlements in Jordan: A Multi-sector, Baseline Assessment*. Décembre 2013 ; Usta, Jinan et Amelia Reese Masterson. *Assessment of Reproductive Health and Gender Based Violence Among Displaced Syrian Women in Lebanon, July–September 2012*
- 33 ACAPS. *February Regional Analysis Syria Report: Crisis Overview*. 7 février 2014
- 34 IRIN. « Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria. » 29 mai 2013
- 35 Save the Children. *A Devastating Toll: The Impact of Three Years of War on the Health of Syria's Children*. (Londres : 2014)
- 36 L'OMS en collaboration avec le ministère de la Santé syrien. *Availability of Health Resources and Services at Public Hospitals in Syria*. 3^e trimestre de 2013
- 37 Assessment Working Group for Northern Syria. *Syrian Arab Republic: Syria Integrated Needs Assessment*. Décembre 2013
- 38 Save the Children. *A Devastating Toll: The Impact of Three Years of War on the Health of Syria's Children*. (Londres : 2014)
- 39 Calculs effectués par Save the Children. Le nombre de naissances vivantes attendues par jour parmi les réfugiés syriens est estimé selon une méthodologie standard. Voir : *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*. (New York : 2010), p.77. Sources des données : Total des personnes relevant de la compétence du HCR : HCR, data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php [consulté le 16 avril 2014] ; taux de naissance brut : Banque mondiale, data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN [consulté le 16 avril 2014]
- 40 Usta, Jinan et Amelia Reese Masterson. *Assessment of Reproductive Health and Gender Based Violence Among Displaced Syrian Women in Lebanon, July–September 2012*.
- 41 HCR. *2014 Syria Regional Response Plan*. p.23
- 42 Sur les 193 cas pour lesquels la cause de décès a été identifiée, 39 étaient des décès néonataux. Source : HCR. *Inter-Agency Regional Response for Syrian Refugees: Health and Nutrition Bulletin: Egypt, Iraq, Jordan, and Lebanon: October 2013 – Issue No. 11*. (Amman : 9 décembre 2013), p.3
- 43 HCR des Nations Unies. *Health Sector Bi-weekly Report Public Health and Nutrition Jordan Week 1 and 2 HIS Zaatri Report*. 27 janvier 2014
- 44 HCR. *Health Sector Bi-weekly Report Public Health and Nutrition Jordan Week 1 and 2 HIS Zaatri Report*. 27 janvier 2014
- 45 Entretien mené pour Save the Children par Ahmad Baroudi, Liban, février 2014
- 46 PAFAM. *Syrian Household Health Survey – Syrians Summary Report*. Novembre 2010
- 47 Save the Children. *Nutrition Rapid Assessment*. Janvier 2013
- 48 Cluster mondial nutrition. *Scoping Mission to Assess Nutrition Context and Potential Nutrition Information – Sharing Mechanisms within the Humanitarian Response for Northern Syria*. Septembre 2013
- 49 Syria Needs Analysis Project. *Dara'a Governorate Multi Sector Needs Assessment*. Janvier 2014
- 50 Save the Children. *Nutrition Rapid Assessment*. Janvier 2013

- 51 Assessment Working Group for Northern Syria. Joint Rapid Assessment in Northern Syria II: Final Report. 22 mai 2013
- 52 Save the Children. *Nutrition Assessment Northern Syria*. Janvier 2013
- 53 Masterson, Amelia Reese, Jinan Usta, Jhumka Gupta et Adrienne Ettinger. « Assessment of Reproductive Health and Violence Against Women Among Displaced Syrians in Lebanon. » *BMC Women's Health*. Volume 14, numéro 25. 20 février 2014
- 54 HCR, UNICEF et PAM. *Joint Assessment Review of the Syrian Refugee Response in Jordan*. janvier 2014
- 55 Entretien mené pour Save the Children par Catherine Carter, Liban, février 2013
- 56 UNICEF. *Under Siege: The Devastating Impact on Children of Three Years of Conflict in Syria*. (Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord : Amman, Jordanie : mars 2014)
- 57 *Stolen Futures: The Hidden Toll of Child Casualties in Syria*. (Oxford Research Group, Londres : 2013)
- 58 *Syria Integrated Needs Assessment*. (Décembre 2013), p.35
- 59 UNICEF. *Under Siege: The Devastating Impact on Children of Three Years of Conflict in Syria*. (UNICEF Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord : Amman, Jordanie : mars 2014)
- 60 *Syria Integrated Needs Assessment*. (décembre 2013), p.44
- 61 ACAPS. *Crisis Overview: Regional Analysis Syria*. 7 février 2014
- 62 ReliefWeb. « WHO Warns of Increased Risk of Disease Epidemics in Syria and in Neighbouring Countries as Summer Approaches. » 4 juin 2013 ; Assessment Working Group for Northern Syria. *Joint Rapid Assessment in Northern Syria II: Final Report*. 22 mai 2013 ; et observations de Save the Children.
- 63 Save the Children. *Nutrition Assessment Northern Syria*. Janvier 2013
- 64 Entretien mené pour Save the Children par Francine Uenuma, janvier 2014
- 65 Entretien mené pour Save the Children par Ahmad Baroudi, Liban, février 2014
- 66 FNUAP. « Why Isn't Family Planning Prioritized in Refugee Settings? », 25 juillet 2013
- 67 IRIN. « Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria. » 29 mai 2013
- 68 IRIN. « Born into Crisis: Unwanted Pregnancies in Syria. » 29 mai 2013
- 69 Entretien mené pour Save the Children par Catherine Carter, Liban, juin 2013.
- 70 « Violence against women in Syria. » *The Lancet*, Volume 382, numéro 9908, p.1858, 7 décembre 2013
- 71 Child Protection Working Group. *Syria Child Protection Assessment 2013*.
- 72 International Rescue Committee (IRC). *Syria: A Regional Crisis*. (New York : janvier 2013)
- 73 Conseil des droits de l'homme des Nations Unies. *6^e Rapport de la Commission d'enquête sur la Syrie*. 16 août 2013
- 74 Assemblée générale de l'ONU. « Protection of and assistance to internally displaced persons: situation of internally displaced persons in the Syrian Arab Republic. » 67^e session, point de l'ordre du jour 69 (a), 15 juillet 2013
- 75 International Rescue Committee (IRC). *Syria: A Regional Crisis*. (New York : janvier 2013)
- 76 Child Protection Working Group. *Syria Child Protection Assessment 2013*.
- 77 Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group Jordan. *Findings from the Inter-Agency Child Protection and Gender-Based Violence Assessment in the Za'atari Refugee Camp*. 2013
- 78 United Nations. *How Humanitarian Funds for the Syria Crisis Were Spent – 2013 SHARP and RRP*. (2013)
- 79 ONU Femmes. *Évaluation Interorganisations : Gender-Based Violence and Child Protection Among Syrian Refugees in Jordan, With a Focus on Early Marriage*. (New York : 2013)
- 80 Jinan Usta, Amelia Reese Masterson. *Assessment of Reproductive Health and Gender-Based Violence among Displaced Syrian Women in Lebanon, July-September 2012*.
- 81 OCHA. *Humanitarian Bulletin Syria Issue 42*. 13–26 février 2014.
- 82 IAWG. *Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Za'atari Refugee Camp and Irbid City, Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Service Package*, 17–22 mars 2013
- 83 ONU Femmes. *Évaluation Interorganisations : Gender-Based Violence and Child Protection Among Syrian Refugees in Jordan, With a Focus on Early Marriage*. (New York : 2013)
- 84 Child Protection Working Group. *Syria Child Protection Assessment 2013*.
- 85 Entretien mené pour Save the Children par Catherine Carter, Liban, février 2013.
- 86 ONU Femmes. *Évaluation Interorganisations : Gender-Based Violence and Child Protection Among Syrian Refugees in Jordan, With a Focus on Early Marriage*. (New York : 2013)
- 87 Al Hayat. « Egypt: Exploitive Marriages to Syrian Refugees. » 10 avril 2013
- 88 Al Fudaylat, Mohammed. « Fleeing War, Syrian Women Find Over-Eager Embrace in Jordan. » *Al Safir Al Arabi*. 10 avril 2013
- 89 Zarzar, Anas. « Syrian Refugees: Forced into Marrying off Their Daughters. » *Shoah*. 11 septembre 2012
- 90 Masriya, Aswat. « Rights Council Condemns Marriage to Syrian Refugees. » *All Africa Global Media*. 24 janvier 2013.
- 91 Al Fudaylat, Mohammed. « Fleeing War, Syrian Women Find Over-Eager Embrace in Jordan. » *Al Safir Al Arabi*. 10 avril 2013
- 92 Entretien mené pour Save the Children par Francine Uenuma, janvier 2014
- 93 Entretien mené pour Save the Children par Dawn Trump, *Za'atari refugee camp*, Jordanie, août 2013
- 94 Entretien mené pour Save the Children par Catherine Carter, Liban, février 2013

Agir pour les mères et les enfants en situation de crise

- 1 Aux fins de cette analyse, les pays « en situation de crise humanitaire ou se relevant d'une crise humanitaire » ont été définis comme les pays « en situation de conflit », « émergent d'un conflit », et/ou ceux en situation de « catastrophe naturelle majeure » ou émergent d'une telle catastrophe l'année où ils figuraient parmi les 10 derniers. Pour un complément d'informations, voir Notes relatives à la méthodologie et aux recherches.

L'Indice des mères fête son 15^e anniversaire

- 1 Englobent les guerres et les conflits mineurs ayant entraîné au moins 25 décès durant une seule année, pendant la période 1996–2013, tel que signalés par l'Uppsala Conflict Data Program. Voir Annexe pour une description complète de la méthodologie.
- 2 Sur les 28 pays qui ont figuré à un moment ou à un autre dans les dix derniers pays de l'Indice (voir page 73), 23 sont actuellement considérés comme des États fragiles par l'OCDE (voir page 80). Quatre autres (Cambodge, Djibouti, Guinée équatoriale et Gambie) ont cessé d'être considérés comme des États fragiles en 2003, la première année où une liste d'États fragiles (ensuite classés comme « pays à faible revenu en situation de stress ») a été mise au point. Voir : Independent Evaluation Group. *Engaging with Fragile States: An IEG Review of World Bank Support to Low-Income Countries Under Stress*. (Banque mondiale : Washington, DC: 2006), pp.81–82
- 3 Telles que validées et compilées par le Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED), entité collaborant avec l'OMS sur sa Base de données internationale sur les catastrophes (EM-DAT). Voir Méthodologie et notes relatives aux recherches pour une explication complète.
- 4 Le Burkina Faso et le Mali étaient derniers *ex aequo* sur l'Indice des mères en 2005.

- 5 Inter-Parliamentary Union. *Women in National Parliaments*. www.ipu.org/wmn-e/world.htm [consulté le 11 avril 2014]
- 6 Banque mondiale. « Country and Lending Groups » : <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups> [consulté le 16 mars 2014]
- 7 Inter-Parliamentary Union. *Women in National Parliaments*. www.ipu.org/wmn-e/world.htm [consulté le 11 avril 2014]
- 8 La catégorie des nations « développées » englobe tous les pays non classifiés par l'UNICEF, à des fins statistiques seulement, comme « en développement », donc les pays de toutes les régions d'Europe, y compris ceux d'Europe centrale et de l'Est, ainsi que les États baltes, plus l'Amérique septentrionale, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon. Cet ensemble de pays correspond au groupement des OMD « régions développées ». Source : UNICEF. *La situation des enfants dans le monde 2012*. p. 124
- 9 De graves crises humanitaires sont en cours au Tchad, en République centrafricaine, au Mali, au Niger, en République démocratique du Congo et en Somalie. La situation au Nigéria est aussi source de préoccupation. Voir : ACAPS. *Global Emergency Overview: Snapshot 8–15 April*. (avril 2014) <http://geo.acaps.org/> [consulté le 17 avril 2014]
- 10 Les calculs sont fondés sur les taux actuels de fécondité (FNUAP. *L'état de la population mondiale 2013*) et de mortalité des enfants de moins de cinq ans (IGME, 2013).
- 11 Il est difficile d'estimer les taux de mortalité, même dans les pays stables ; ces taux sont peut-être des sous-estimations. Sources: ministère de la Planification et du Développement nationaux du Somaliland (MNP) et UNICEF. *Somaliland: Monitoring the situation of women and children – Summary Preliminary Results Multiple Indicator Cluster Survey 2011*. (UNICEF : New York : 2013) et *Somalia: Monitoring the situation of women and children – Multiple Indicator Cluster Survey 2006*. (UNICEF : New York : 2007)
- 12 Il est difficile d'estimer les taux de mortalité, même dans les pays stables ; ces taux sont peut-être des sous-estimations. Sources: ministère du Somaliland de Planification et de développement nationaux (MNP) et UNICEF. *Somaliland: Monitoring the situation of women and children – Summary Preliminary Results Multiple Indicator Cluster Survey 2011*. (UNICEF : New York : 2013) et *Somalia: Monitoring the situation of women and children – Multiple Indicator Cluster Survey 2006*. (UNICEF : New York : 2007)
- 13 OCDE. *Fragile States 2014: Domestic Revenue Mobilisation*. (Paris : 2014) p.2
- 14 UNICEF Bases de données mondiales. www.childinfo.org/maternal_mortality.html (consulté le 14 mars 2014)
- 15 Le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UN IGME). *Niveaux et tendances de la mortalité infantile. Rapport 2013*. (UNICEF : New York : 2013)
- 16 Entretien mené pour Save the Children par Lizzie Moncada, camp de PDI de Mukassa, République centrafricaine, février 2014
- 17 OCHA. *République centrafricaine (RCA) Rapport de situation No. 18*. 26 mars 2014
- 18 UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2014. p. 24 et Tableau 8, p.72-77
- 19 Consultation avec des membres du personnel de Save the Children
- 20 IDMC. *Nepal: Sustainability of IDP Returns Undermined by Lack of Assistance*. (Genève : 2008) p.11
- 21 UN IGME. *Niveaux et tendances de la mortalité infantile. Rapport 2013*. (UNICEF : New York : 2013)
- 22 OMS/UNICEF/FNUAP/Banque mondiale. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2010*. (Genève : WHO : 2012)
- 23 Engel, Jakob, Jonathan Glennie, Shiva Raj Adhikari, Sanju Wagle Bhattarai, Devi Prasad Prasai et Fiona Samuels. *Nepal's Story: Understanding Improvements in Maternal Health*. (Londres : Overseas Development Institute : juillet 2013)

Notes relatives à la méthodologie et aux recherches

- 1 Pour une liste des pays, voir le Countdown's 2013 Accountability Report, disponible ici : www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/2013-report
- 2 « Sur la bonne voie » pour atteindre l'OMD 4 signifie que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans pour 2012 est inférieur à 40 décès pour 1 000 naissances vivantes ou qu'il est de 40 ou plus avec un taux annuel moyen de réduction de 4,0 pour cent ou plus pour la période 1990–2012. Tous les autres pays font des « progrès insuffisants » ou « aucun progrès », et ont donc été inclus dans cette analyse.
- 3 Les données ont été tirées des jeux de données de l'UCDP (UCDP/PRIO *Armed Conflict Dataset v.4-2013* ; UCDP *Battle-Related Deaths Dataset v.5-2013*, UCDP *One-sided Violence Dataset v.1.4-2013* ; UCDP *Non-State Conflict Dataset* (v. 2.5-2013), disponibles ici : www.pcr.uu.se/research/ucdp/datasets/ et UCDP *Conflict Encyclopedia* : www.ucdp.uu.se/database [dernière consultation le 7 avril 2014]

Photographies

Page 1 – Giles Duley

Jordanie. Des mères syriennes avec leurs enfants dans le camp de réfugiés de Za'atari. Tous ces enfants sont nés après le début de la guerre.

Page 2 – Reuters/Edgar Su

Philippines. Une mère et ses enfants marchent le long d'une rue inondée après une pluie torrentielle au lendemain du super-typhon Haiyan, dans la ville de Tacloban.

Page 3 – Agnes Montanari

Jordanie. Carolyn Miles, directrice de Save the Children, s'entretient avec une mère syrienne dans le camp de réfugiés de Za'atari.

Page 4 – Pep Bonet/NOOR

Nigéria. Une mère ayant accouché chez elle se présente à un hôpital de Katsina, nord du Nigéria, avec son bébé malade.

Page 7 – Colin Crowley

Somalie. Farhiya Muse Ali, sage-femme, examine Zakaria, qui vient de naître, dans un hôpital de la région du Pount. Sa mère a eu un accouchement difficile et Zakaria a eu besoin d'aide pour respirer dans un premier temps, mais mère et bébé sont maintenant en voie de rétablissement.

Page 8 – Save the Children

Inde. Une fille va chercher de l'eau dans un village inondé de Barpeta, Assam. Les sources d'eau potable sont toutes contaminées, si bien que les familles doivent se débrouiller avec l'eau des inondations, puisqu'il n'y a guère de différence entre cette eau-là et celle qu'elles tirent grâce à des pompes manuelles.

Page 11 – CJ Clarke

Pakistan. Jeeran et Yousaf, son fils de deux ans, ont perdu leur maison lors des inondations survenues en 2010 au Pakistan.

Page 17 – Christena Dowsett

Kenya. Josephine a recours aux « soins mère kangourou » pour veiller à ce que sa petite Claudia, qui vient de naître, soit au chaud et bien nourrie. Claudia est née prématurément à l'hôpital de district de Kitui.

Page 20 (en haut) – Tony Kaye

République centrafricaine. Adete, 16 ans, et son fils Henri, un an. Ils survivent tous deux en consommant un seul repas par jour, et Henri est tombé très malade.

Page 20 (en bas) – Amy Reed

Soudan du Sud. Nateyi, 2 ans, souffrait de malnutrition sévère, avec fièvre, vomissements, diarrhée et toux. Sa mère Veronica l'a conduite au centre de stabilisation de Save the Children. Au bout de cinq jours, Nateyi se sentait mieux et avait retrouvé son appétit.

Page 21 – Kj Borja pour USAID/Suaahara

Népal. Bishnu, sa fille de neuf mois Prinsu et sa belle-mère Sapana, ont vu leur nutrition s'améliorer grâce aux aliments qu'elles font pousser dans leur potager.

Page 22 – Francesca Tosarelli

République démocratique du Congo. Pamela, 17 ans, a été violée par un jeune homme dans un camp de personnes déplacées. Elle est tombée enceinte mais a perdu le bébé en couches. Elle a souffert d'une fistule suite à l'accouchement éprouvant. Elle fait maintenant l'objet de soins médicaux et psychologiques dispensés par Heal Africa.

Page 25 – Caroline Trutmann

Éthiopie. Mulu, 16 ans, est enceinte de 9 mois. Son mariage a été arrangé par ses parents et elle n'a pas été consultée.

Page 26 – Caroline Trutmann

Éthiopie. Un vulgarisateur sanitaire administre une injection contraceptive à une femme de 25 ans.

Page 27 – Colin Crowley

Bangladesh. Shefali est enceinte de sept mois. Elle a accouché de six enfants, mais trois d'entre eux sont morts peu après leur naissance.

Page 28 – Lynsey Addario

Philippines. Des enfants devant leur maison inondée.

Page 29 – Jonathan Hyams

Philippines. Leonida et ses enfants, Manuelle et Santiago, vivent dans une maison de fortune construite à partir d'une camionnette détruite et de morceaux de métal récupéré.

Page 30 – Jonathan Hyams

Philippines. Des médecins australiens et britanniques travaillent dans un hôpital situé à côté de l'aéroport de Tacloban et soutenu par le DFID et Save the Children.

Page 31 – Lynsey Addario

Philippines. Un dispensaire médical rural à l'extérieur de Tacloban ne peut plus être utilisé à cause des dégâts causés par les inondations.

Page 32 – Lynsey Addario

Philippines. Norina Malate, sage-femme, fait naître le bébé d'Analyn, 18 ans, au bord d'une route, sur l'île de Leyte.

Page 33 – Lynsey Addario

Philippines. Lolita et sa fille de 2 mois Princess Daniella ont reçu un soutien psychosociologique de la part d'une équipe de Save the Children spécialisée en nutrition.

Page 34 – Susan Warner

Philippines. Abigail allaite sa fille Kasumi, trois mois.

Page 35 – Rosary Diane Maligalig

Philippines. Jacqueline, qui a quatre enfants, a reçu une formation en menuiserie de la part de Save the Children et est en train de reconstruire sa maison.

Page 36 – Hedinn Halldorsson

Philippines. Erol, cinq mois, et sa famille ont perdu leur maison lors du typhon. Ils vivent maintenant dans une bibliothèque qui sert d'abri.

Page 37 – Hedinn Halldorsson

Philippines. Rosel et Rodel, les jumeaux de Mernita, souffrent de malnutrition aigüe sévère, qui peut être fatale. Ils sont soignés par Save the Children. Maintenant, les filles aînées de Mernita, Regine et Rose Ann, pleurent chaque fois qu'il pleut.

Page 38 – Paul Taggart/HCR

République démocratique du Congo. Des femmes et des enfants congolais déplacés fuient vers Goma, la capitale de la province du Nord-Kivu.

Page 39 – F. Noy/HCR

République démocratique du Congo. Son travail s'étant déclenché, une réfugiée enceinte est transportée par bateau jusqu'à un dispensaire médical mobile, à Bétou, à 45 minutes de là.

Page 40 – Jodi Bieber

République démocratique du Congo. Cilomba et son bébé Mbuji, qui vient de naître.

Page 42 – Rebecca Vassie

Ouganda. Janet a perdu son mari et ses quatre enfants aînés lors d'une attaque en République démocratique du Congo. Son benjamin est mort de malnutrition dans un camp de réfugiés. Janet vient de perdre un nouveau-né après avoir accouché seule.

Page 43 – Daniel McCabe

République démocratique du Congo. Joséphine et ses quatre fils devant leur tente, dans un camp de personnes déplacées près de Goma.

Page 44 – Colin Crowley

République démocratique du Congo. Sylvie, 16 ans, a été kidnappée et est tombée enceinte. Elle s'est échappée alors qu'elle était enceinte de six mois et a marché pendant plusieurs jours pour rejoindre sa famille. Sa communauté l'a accueillie à bras ouverts et elle n'a pas tardé à donner naissance à des jumeaux.

Page 45 – Alessandro Pavone

République démocratique du Congo. Kesiya et sa fille, qui a été violée par un jeune homme de son village alors qu'elle n'avait que six ans.

Page 47 – Rebecca Vassie

Ouganda. Des familles patientent à l'extérieur du dispensaire de thérapie antirétrovirale, centre de santé de Rwamwanja.

Page 48 (en haut) – Save the Children République démocratique du Congo. Affiche pour un atelier de travail de Save the Children sur la santé sexuelle et reproductive pour les adolescents déscolarisés.

Page 48 (en bas) – Oliver Asselin République démocratique du Congo. Des acteurs présentent une pièce de théâtre de rue pour sensibiliser les gens aux questions relatives au VIH et au sida.

Page 49 – Rebecca Vassie Ouganda. Jovia, 14 ans, et son fils John, huit mois. Elle espère pouvoir poursuivre son éducation une fois que John sera assez âgé pour ne plus dépendre de son lait.

Page 50 – Sebastian Meyer/Getty Images pour Save the Children Irak. Camp de réfugiés de Domiz, dans le nord de l'Iraq. Le camp abrite plus de 50 000 personnes qui ont fui les combats en Syrie.

Page 51 – Ahmad Baroudi Liban. Zahra, 35 ans, et ses neuf enfants. Après avoir vécu en état de siège pendant un an, la famille a quitté la Syrie en 2013.

Page 53 – Alessio Romenzi Syrie. Des femmes et des enfants syriens fuyant Qsair, petite ville proche de Homs.

Page 54 – Hedinn Halldorsson Jordanie. Noor, 22 ans, était enceinte de sept mois lorsqu'elle s'est rendue, à pied, avec son mari et ses trois jeunes enfants, de la Syrie à la Jordanie. Elle avait peur d'accoucher au bord de la route.

Page 55 (en haut) – Agnes Montanari Jordanie. Des mères et des enfants arrivent au Centre d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants de Save the Children, dans le camp de réfugiés de Za'atari.

Page 55 (en bas) – Suzanna Klaucke Jordanie. Manar, 30 ans, et ses trois enfants. Manar a appris l'importance de l'allaitement au Centre d'alimentation des nourrissons et des

jeunes enfants de Save the Children, dans le camp de réfugiés de Za'atari.

Page 56 – Ahmad Baroudi Liban. Elham, 29 ans, avec Maisam, sa fille de deux ans. La famille a dû tout abandonner et partir pour le Liban pour échapper au danger.

Page 57 – Sam Tarling Syrie. Un docteur se sert d'un téléphone portable pour faire un peu de lumière pendant une opération sur un bébé trisomique.

Page 58 – Jonathan Hyams Liban. Noor, 11 ans, vit dans une installation de réfugiés près de la frontière syrienne. « Je n'ai aucun bon souvenir de Syrie », dit-elle.

Page 61 – Jonathan Hyams Jordanie. Plus de 65 pour cent des habitants du camp de réfugiés de Za'atari sont des enfants.

Page 62 – Lee Celano/Getty Images for Save the Children Haïti. Ashley et sa cousine Melina s'entretiennent avec une infirmière dans un dispensaire médical de Save the Children, dans un camp de personnes déplacées, à Petionville.

Page 64 – Susan Warner Kenya. Rukia, 23 ans, et Musaf, deux ans, conduisent les vaches de leur famille à un point d'eau. Les sécheresses de 2011 et de 2012 ont dévasté les familles et le bétail, entraînant une malnutrition accrue parmi les enfants. Save the Children aide les mères et les enfants de la zone à boire plus de lait frais et à améliorer l'assainissement des ménages.

Page 65 – Raheel Waqar Pakistan. Anisa lit une histoire à haute voix à ses camarades de classe.

Page 67 – Mark Kaye République centrafricaine. Des mères et des enfants se rendent dans un des dispensaires médicaux mobiles de Save the Children.

Page 69 – Oli Cohen Niger. Une mère et son enfant dans un centre de santé de Save the Children qui fournit des

soins de santé primaires et un traitement pour la malnutrition aigüe.

Page 70 – Oskar Kullander Suède. Rosie, 32 ans, est en congé parental avec sa benjamine, Minou, 8 mois.

Page 72 – Greg Funnell République centrafricaine. Les combats et l'instabilité ont intensifié la crise humanitaire.

Page 75 – Genna Naccache Brésil. Elvira et Ana Cristina pratiquent les « soins mère kangourou » avec leurs bébés prématurés. Les deux bébés seront bientôt autorisés à quitter l'hôpital.

Page 76 – Mai Simonsen Norvège. Elise, enceinte de son deuxième enfant, passe une échographie en fin de grossesse, parce qu'elle a eu des complications durant sa première grossesse.

Page 79 – Helene Caux/HCR Niger. Une famille de réfugiés du Mali obtient une protection minimale contre la chaleur et le vent depuis son abri de fortune à Gaouel.

Page 80 – Elissa Bogos Afghanistan. Qamar et ses deux enfants attendent de consulter un médecin dans un dispensaire pour enfants souffrant de malnutrition à Jawzjan.

Page 81 – Krister Jay Borja Cambodge. Lim Sinin, sage-femme, mesure le ventre de Tuoy pour évaluer la croissance et le développement du fœtus durant son neuvième mois de grossesse.

Page 82 – Aubrey Wade Sierra Leone. Aminata veille sur son fils Daniel, cinq mois, gravement malade, dans le service des urgences de l'hôpital pour enfants Ola During.

Quatrième de couverture – Jonathan Hyams Libéria. Comfort porte sa fille Marie, neuf mois, dans une zone où Save the Children fournit des soins anténatals et postnatals, des immunisations et des services d'aide à l'accouchement.

Crédits

Responsable de la publication

Tracy Geoghegan

Directrices des recherches

Nikki Gillette, Beryl Levinger

Assistantes des recherches

Jennifer Hayes, Jean Mulroy, Maria Kovell

Responsable du projet

Max Secrett

Collaborateurs

Simine Alam, Sura Alsamman, Mike Amaditz, Ribka Amsalu, Michel Anglade, Krista Armstrong, Véronique Aubert, Ahmad Baroudi, Chantal Baumgarten, Misty Buswell, Sarah Butler, Phil Carroll, Catherine Carter, Wendy Christian, Jeanne-Aimée De Marrais, Sofia Diarra, Ibrat Djabbarov, Lukundula Djedje, Linda Doull, Sarah Frank, George Graham, Ajla Grozdanic, Steve Haines, Hedinn

Halldorsson, Jesse Hartness, Duncan Harvey, Vicki Hearn, Stephen Hodgins, Louise Holly, Celina Jensen, Lois Jensen, Mark Kaye, Kate Kerber, Mike Kiernan, Mary Kinney, Michael Klosson, Sandra Krause, Kristen Lacey, Joy Lawn, Lynette Lim, Ingrid Lund, Alice Macdonald, Olivia Maehler, Seema Manohar, Marion Mckeone, Carolyn Miles, Bex Morton, Sylvia Nabanoba, Miel Nora, Nora O'Connell, David Oot, JoAnn Paradis, Amado Parawan, Mary Beth Powers, Isabel Proaño Gómez, Reine Rala, Jennifer Requejo, Susan Ridge, Joy Riggs-Perla, Ian Rodgers, Bernice Romero, Sayyeda Salam, April Sumaylo, Dawn Trump, Sarah Tyler, Francine Uenuma, Lara Vaz, Matilde Nida Vilches, Rudy von Bernuth, Patrick Watt, Tanya Weinberg, Ravi Wickremasinghe, Simon Wright, Stephanie Yoon, Krista Zimmerman, Olivia Zinan

Conception

Spirals, Inc.

Rédactrice photo

Susan Warner

Responsable de la traduction

Verity Leonard Hill

Traduction et correction des épreuves

Isabelle Fernández

Révision

Sandra Tuminy

Composition

Grasshopper Design Company



Libéria

Tous les jours, 800 mères et 18 000 jeunes enfants meurent de causes largement évitables. Plus de la moitié de ces décès de mères et d'enfants de moins de cinq ans ont lieu dans des contextes de fragilité, qui ont de fortes chances d'être touchés par des conflits et sont tout particulièrement vulnérables face aux effets des catastrophes naturelles.

L'urgence de mener à bien la tâche encore inachevée consistant à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement et à mettre fin aux décès infantiles et maternels évitables est de plus en plus intense dans ces contextes-là. Pour relever ce défi, il est essentiel de trouver des moyens de satisfaire les besoins des mères et des enfants en matière de santé et de nutrition dans les États fragiles et les contextes de crise humanitaire.

Le 15^e rapport annuel de Save the Children *La situation des mères dans le monde* traite de l'impact des crises humanitaires sur la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants dans les pays régulièrement classés parmi les lieux les plus difficiles pour être mère. Depuis le lancement de notre *Indice des mères* en 2000, la majorité des pays classés parmi les 10 derniers ont été des États fragiles en situation d'urgence humanitaire ou émergeant d'une situation d'urgence récente. En plus des situations d'urgence, le secteur de la santé de nombre de ces pays est constamment en situation de crise, du fait de défis chroniques, y compris l'accès limité à des soins de santé de qualité.

Le rapport *La situation des mères dans le monde 2014* conclut que tous les pays doivent être mieux préparés pour venir en aide aux mères et aux enfants en situation d'urgence. Nous devons également entamer le travail difficile mais urgent consistant à instaurer la stabilité dans les régions les plus fragiles du monde et à identifier des manières de développer un meilleur accès aux soins de santé dans ces contextes. Il ne sera pas possible de mettre fin aux morts évitables de mères et d'enfants tant que les pays fragiles ne seront pas plus stables et les soins de santé plus accessibles.



Save the Children

Save the Children USA
54 Wilton Road
Westport, Connecticut 06880
États-Unis
1-800-728-3843
www.savethechildren.org

Save the Children International
St Vincent's House
30 Orange Street
Londres
WC2H 7HH
Royaume-Uni
+44 (0)20 3272-0300
www.savethechildren.net

Save the Children est la première organisation indépendante du monde d'aide aux enfants. Nous travaillons dans environ 120 pays. Nous sauvons des vies d'enfant ; nous nous battons pour leurs droits ; nous les aidons à réaliser leur potentiel. Nous nous efforçons d'inspirer des percées dans la manière dont le monde traite les enfants et d'engendrer des changements immédiats et durables dans leur vie en améliorant leur santé, leur éducation et leurs opportunités économiques. En situation de crise aiguë, nous mobilisons une assistance rapide pour aider les enfants à se remettre des effets des guerres, des conflits et des catastrophes naturelles.