

THE LANCET

Septembre, 2016

www.thelancet.com

Santé Maternelle

Note de synthèse de la série *The Lancet*



« Chaque femme, chaque nouveau-né, partout dans le monde, a droit à des soins de qualité. »

Aperçu

Ces 25 dernières années ont été une période de progrès pour les femmes et les nouveau-nés. Depuis 1990, la mortalité maternelle mondiale a pratiquement chuté de moitié (44%) et le recours aux services de maternité a nettement augmenté. Pourtant, les progrès effectués restent encore bien en deçà des objectifs du Millennium Development Goal (MDG) en santé maternelle. Malgré une attention politique mondiale soutenue, la santé maternelle dans certains pays et chez certaines catégories de femmes a peu ou pas évolué. En Afrique subsaharienne, le risque de décès maternel pendant la grossesse ou l'accouchement, cumulé sur toute la durée de vie, est toujours à un niveau déplorable de 1 pour 36, comparé à un taux de 1 pour 4 900 dans les pays à haut revenu.

Chaque femme, chaque nouveau-né, partout dans le monde, a droit à des soins de qualité. C'est le message directeur de la Série 2016 Santé maternelle du Lancet, la première série de ce type en une décennie de changements. La série propose un éclairage sur les causes (voir figure 1), les tendances et les perspectives en santé maternelle à l'ère actuelle, marquée par des transitions démographiques, épidémiologiques, et socioéconomiques rapides. Elle analyse les expériences de ces 25 dernières années et révèle la menace croissante des soins de mauvaise qualité et des inégalités d'accès, mettant en péril le progrès. Depuis 1990, l'écart entre les pays associés aux niveaux de mortalité maternelle les plus hauts et les plus bas a doublé. Avec 210 millions de femmes débutant des grossesses et 140 millions de nouveau-nés mis au monde chaque année, il est urgent d'améliorer la qualité des soins et de réduire les disparités en termes d'accès aux soins afin d'assurer le développement social et économique futur et faciliter la réalisation des objectifs de développement durable 2030 (ODD) et ceux de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

Le droit à des soins de santé maternels de bonne qualité, centrés sur la femme, est un droit universel. Cette série propose une perspective véritablement globale en rendant compte des expériences vécues dans l'ensemble des régions du monde. Une partie des femmes ayant recours aux services de maternité reçoivent d'excellents soins, mais trop nombreuses sont celles qui subissent l'un de deux extrêmes : trop

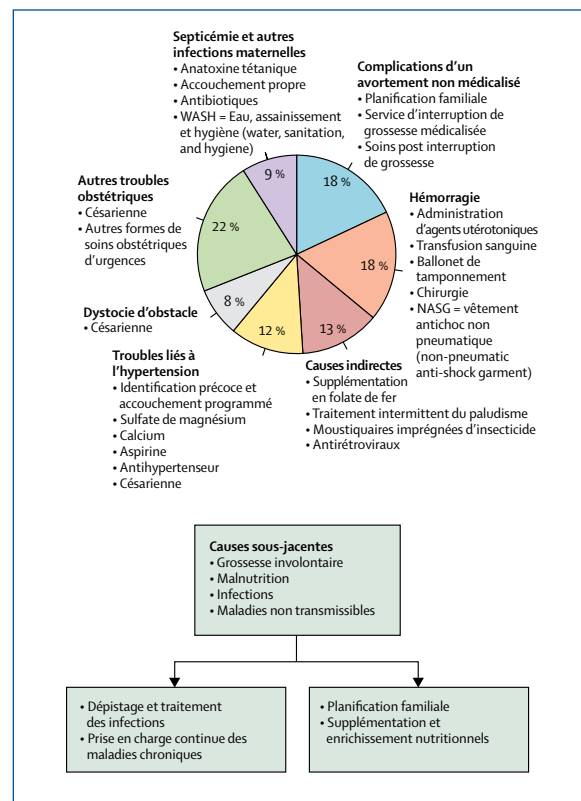


Figure 1 : Causes principales de mortalité maternelle et interventions clés (2013)
 Les pourcentages font référence à la proportion de décès maternels attribués à la cause spécifiée (WASH = Eau, assainissement et hygiène (water, sanitation, and hygiene). NASG = vêtement antichoc non pneumatique (non-pneumatic anti-shock garment).) Source : Série de documents de santé maternelle 1 et 6

peu de soins, trop tard ou trop de soins, trop tôt. Ces deux extrêmes représentent des formes de soins de santé maternels qui n'ont pas été bâties sur des données probantes. Tandis que d'autres femmes ne reçoivent aucun soin du tout.

Dans les pays à haut et moyen revenu, et dans les classes les plus aisées des pays à faible revenu, il existe un risque croissant de surmédicalisation lors des grossesses normales et des naissances, avec l'utilisation systématique d'interventions qui n'ont pas été validées par des données probantes. Le nombre de naissances en milieu institutionnel continue d'augmenter, mais les soins maternels dispensés en excès et trop tôt peuvent causer des dommages, accroître les dépenses de santé et contribuer à une culture d'ingratitude et d'abus.

Dans le même temps, les soins inadéquats et de mauvaise qualité, dispensés trop tard, mettent en péril la santé des femmes et de leurs nouveau-nés, que ce soit dans les zones rurales à faible densité de population,

En bref

- En 2015, 216 femmes sont décédées de causes liées à leur maternité pour 100 000 naissances vivantes — une baisse de 44% par rapport à 385 pour 100 000 en 1990 — mais ces chiffres sont encore bien loin de l'objectif de 75% de réduction fixé par le MDG 5a. L'objectif mondial pour 2030 est fixé à 70 pour 100 000, ce qui nécessitera une baisse de 68% ;
- En 1990, le taux de mortalité maternelle cumulé dans les 10 pays avec les niveaux les plus élevés était 100 fois plus haut que le taux cumulé dans les 10 pays avec les niveaux les plus bas de mortalité maternelle ; en 2013, cet écart a doublé et il est devenu 200 fois plus haut ;
- Le fardeau important de la mortalité maternelle est devenu encore plus évident, avec près de 27 millions de décès dus à l'une des cinq causes obstétricales les plus communes, en 2015 seulement ;
- Environ trois femmes sur quatre accouchent aujourd'hui avec l'assistance d'un prestataire qualifié et 2/3 bénéficient d'au moins quatre consultations prénatales. Environ 53 millions de femmes, regroupées dans les pays les plus pauvres ou parmi les femmes les plus pauvres dans chaque pays, ne reçoivent aucune assistance qualifiée lors de leurs accouchements ;
- Il existe 51 directives de haute qualité, fondées sur des données probantes applicables dans les services de maternité, développées à la fois par des gouvernements et par des organisations non gouvernementales de plusieurs pays, mais aucune n'ayant été développée par des pays à faible revenu. Ces directives comprennent 78 interventions ou groupes d'interventions conseillés, et 37 déconseillés ;
- Cinq des sept pays d'Afrique subsaharienne étudiés avaient eu plus d'un quart de leurs naissances en milieu institutionnel dans des établissements incapables de dispenser les soins requis lors d'un accouchement sans complication. Dans quatre pays, plus de deux tiers des naissances en milieu institutionnel avaient eu lieu dans des établissements dépourvus de trois éléments d'infrastructure de base, tels que l'eau courante, et plus de la moitié avaient eu lieu dans des établissements incapables de dispenser des soins obstétricaux de base en urgence ;
- Les prédictions des modèles estiment qu'il faudra au moins 18 millions de prestataires de santé supplémentaires d'ici à 2030 afin d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD). Les pays d'Afrique subsaharienne avec les plus hauts taux de naissance (tels que la République démocratique du Congo, la Tanzanie, le Kenya, et l'Éthiopie) font partie des pays qui ont les densités les plus faibles de sages-femmes et d'obstétriciens (<2 par 1 000 grossesses) ;
- Une revue comparative portant sur 14 pays à haut revenu a montré que les coûts moyens des naissances sont plus de sept fois plus élevés aux USA qu'en Norvège pour les naissances vaginales, et plus de quatre fois plus élevés pour les naissances par césarienne. Les coûts des dédommagements liés à la responsabilité médicale sont élevés, mais la moitié de ces 14 pays possèdent des systèmes «sans égard à la responsabilité» éliminant de tels coûts, tandis que trois pays ont des systèmes partiels.

dans des centres urbains à forte densité de population ou encore dans des contextes marqués par une fragilité environnementale ou politique. De plus, malgré une augmentation des zones couvertes par les services de maternité au cours des 25 dernières années, on estime qu'un quart des femmes enceintes ne disposent toujours pas d'accès à des prestataires qualifiés pendant l'accouchement.

Les possibilités d'amélioration de la qualité des soins dans le futur et de réduction des disparités résident non seulement dans l'adoption plus étendue de modèles de soins et de méthodes d'interventions maternelles efficaces, mais également dans un progrès plus large. Celui-ci comprend un accroissement des espaces fiscaux ouverts aux investissements de santé dans les pays à faible et moyen revenu, l'urbanisation (voir figure 2), l'établissement de la couverture maladie universelle et l'application de méthodes innovantes prometteuses qui étendent la portée et l'efficacité des soins, comme celles basées sur l'économie comportementale, mHealth et la data revolution. Cependant, certains défis pourraient entraver voire inverser les progrès accomplis, notamment une diminution de l'attention portée à la santé maternelle, un affaiblissement des gouvernances

globales et nationales et des crises d'origine naturelle ou humaine, tels que les changements climatiques, les épidémies, les conflits et les migrations massives.

La série se termine par l'énoncé d'une stratégie pour le changement axée autour de cinq points principaux : des soins de qualité pour chaque femme et chaque

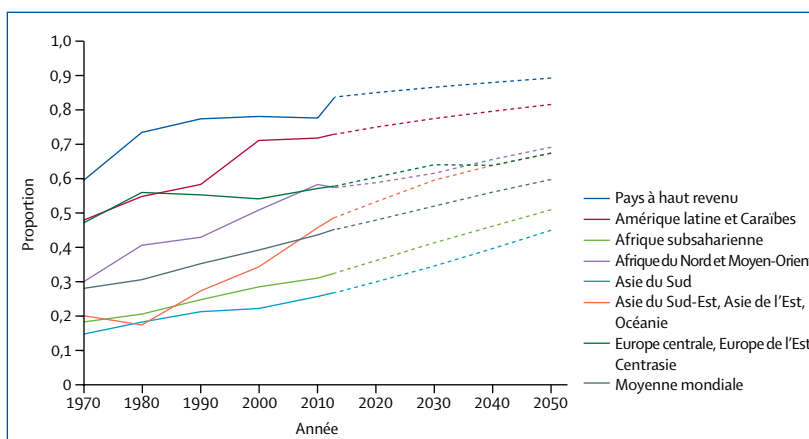


Figure 2 : Projection des naissances en zones urbaines et rurales
Proportion des accouchements en zone urbaine par région, de 1970 à 2050. Nous avons utilisé les taux bruts de natalité en zones urbaines et rurales venant des annuaires démographiques de l'ONU de 1970 à 2013, les données de population de l'ONU venant des Perspectives d'urbanisation dans le monde (2014) et les taux bruts de natalité venant des Perspectives de l'ONU sur la population mondiale (2012) pour estimer le pourcentage de naissances en zones urbaines de 1970 à 2050 par région. Nous avons utilisé la moyenne des taux bruts d'accouchement par zone urbaine ou rurale par pays au sein d'une région comme approximation pour la région entière. Source : Série de documents de santé maternelle 5

nouveau-né partout dans le monde ; l'équité à travers la couverture maladie universelle ; la résilience, la force et la réactivité des systèmes de santé ; le financement viable des programmes de santé maternelle et du nouveau-né

; et une amélioration des efforts de collecte de données probantes, de plaidoyer et de responsabilisation en support du progrès.

Comment expliquer l'accroissement des disparités en matière de santé maternelle ?

Puisque de plus en plus de femmes survivent à l'accouchement, le fardeau mondial de mauvaise santé maternelle est dû moins aux décès évitables, qu'à un éventail de plus en plus divers de morbidités maternelles. Quatre transitions majeures ont contribué à augmenter la diversité et la divergence du fardeau attribuable à la mauvaise santé maternelle à travers le monde.

Démographique : En dépit de taux de natalité et de mortalité en chute, la structure de population jeune et les besoins insatisfaits en matière de contraception continuent à stimuler la croissance de la population, exposant les systèmes de santé fragiles à de fortes contraintes.

Épidémiologique : Les pays à faible et moyen revenu suivent la tendance des pays à haut revenu avec des augmentations de l'incidence du diabète, des maladies cardiaques, de l'hypertension et d'autres affections chroniques. Puisque les causes directes de mortalité maternelle déclinent, l'importance des causes indirectes de mortalité maternelle et de morbidité s'accroît, y compris celles liées à la santé mentale.

Socio-économique : Lorsque les individus et les communautés deviennent plus prospères, de nombreuses modifications de leur mode de vie et de leur comportement s'opèrent. Y compris, une augmentation de l'âge des femmes lors de leur première grossesse, une augmentation de l'obésité et des maladies non transmissibles, une plus grande aspiration à recourir aux services de santé et aux technologies du secteur formel et à recevoir des soins axés sur les femmes.

Environnemental : L'impact du changement climatique, des dégradations environnementales et des catastrophes naturelles sur la santé humaine concerne toute la population, mais souvent les femmes sont les plus durement affectées par ces transitions et ces chocs. Par exemple, il arrive que les femmes soient contraintes à passer plus de temps à rechercher du carburant ou de l'eau et de ce fait, elles ont moins de temps à consacrer à elles-mêmes et à leurs enfants. Les femmes font également face à un risque supplémentaire pendant leur grossesse dû aux infections à transmission vectorielle ou liées à l'hygiène, telles que le paludisme, le choléra ou les virus Zika et Ebola.

Les soins de mauvaise qualité sont présents dans tous les pays

Une partie des femmes ayant recours aux services de maternité reçoivent d'excellents soins, mais trop nombreuses sont celles qui subissent l'un de ces deux extrêmes : trop peu de soins, trop tard où les femmes reçoivent des soins insuffisants ou inopportuns, ou trop de soins, trop tôt correspondant à une médicalisation excessive et un recours excessif à des interventions

superflues. Ces deux extrêmes représentent des formes de soins de santé maternels qui n'ont pas été fondées sur des données probantes. Tandis que d'autres femmes ne reçoivent aucun soin du tout.

Un nombre croissant de pays à faible et moyen revenu combinent aujourd'hui les deux extrêmes en matière de soins maternels, avec trop peu de soins, trop tard, chez les

classes les plus vulnérables et trop de soins, trop tôt, chez les classes les plus aisées et ceux recevant leurs soins en clinique privée. En effet, l'accès à des soins fondés sur des données probantes demeure inadéquat dans tout type d'environnement.

Il n'est plus acceptable d'uniquement encourager les femmes à accoucher en établissement, alors que ceux-ci sont encore trop souvent dépourvus de soins obstétricaux d'urgence, d'eau courante ou encore de la compétence fondamentale pour gérer un accouchement sans complication en fournissant des soins respectueux fondés sur des données probantes.

Des stratégies et des directives spécifiques et contextualisées sont requises afin de s'attaquer à ces deux extrêmes. Certaines configurations qui ont permis d'améliorer la perspective des femmes et de leurs enfants, dans certains contextes, incluent l'offre d'un accès à des soins dispensés par une sage-femme, l'assurance que les

établissements de soins sont capables de dispenser des procédures d'accouchement de routine basées sur des données probantes et des soins obstétricaux d'urgence de base, des innovations concernant les services médicaux d'urgence, un recours accru à des maisons d'attente de maternité et le développement d'unités de proximité, dirigées par des sages-femmes et co-implantées sur des sites hospitaliers (voir figure 3).

Le fardeau de la mauvaise santé maternelle — mortalité et morbidité sévère — se concentre chez des populations vulnérables, en particulier celles qui subissent des discriminations entre autres sexuelles, des contraintes financières, sont affectées par des crises humanitaires ou vivent au sein d'états fragilisés ou dans des zones à haut risque de catastrophe naturelle. Ces femmes ont souvent un haut niveau de fertilité, des grossesses à risque, des difficultés à accéder à des soins de qualité et à faire valoir leurs droits.

Les femmes vulnérables sont présentes dans tous les pays. Par exemple, les femmes afro-américaines vivant à New York ont deux fois plus de chance de mourir en couches que les femmes vivant dans les régions émergentes d'Asie de l'Est.

Les systèmes de santé des pays à haut revenu font face à des difficultés pour maintenir des soins de haute qualité axés sur les femmes. Les coûts liés à la responsabilité médicale sont souvent très élevés, la crainte des litiges est fréquente, les systèmes de données et de surveillance sont faibles et le manque de personnel est fréquent. Les soins en équipe dans les services de maternité et un accroissement de la proportion des soins administrés par les sages-femmes pourraient fournir des solutions efficaces pour régler le problème du manque de personnel, l'interventionnisme médical excessif et les coûts trop élevés.

Trop peu de soins, trop tard

- Manque de directives fondées sur des données probantes
- Manque d'équipement, de fournitures et de médicaments
- Nombre insuffisant de personnel qualifié
- Femmes accouchant seules
- Manque de services d'urgence et retards dans l'acheminement interinstitutionnel des patients

Trop de soins, trop tôt

- Accouchements par césarienne superflus
- Recours systématique aux contractions induites ou augmentées
- Recours systématique à la surveillance électronique continue du fœtus
- Recours systématique à l'épisiotomie
- Recours systématique au traitement par antibiotique post-partum

Chocs externes et innovations des systèmes de santé

La capacité à fournir à chaque femme les soins de bonne qualité auxquels elle a droit dépend des ressources et des conditions dans son pays et sa communauté. Ceci comprend la croissance économique dans les pays à faible et moyen revenu, l'urbanisation, les chocs subis par le système de santé dûs aux épidémies, aux climats extrêmes

et aux conflits. En même temps, les politiques et les technologies innovantes, qui incluent la couverture maladie universelle, la mHealth et les interventions d'économie comportementale, sont en train de générer des approches nouvelles pouvant améliorer la santé des femmes et de leurs nouveau-nés pour toutes les classes sociales.

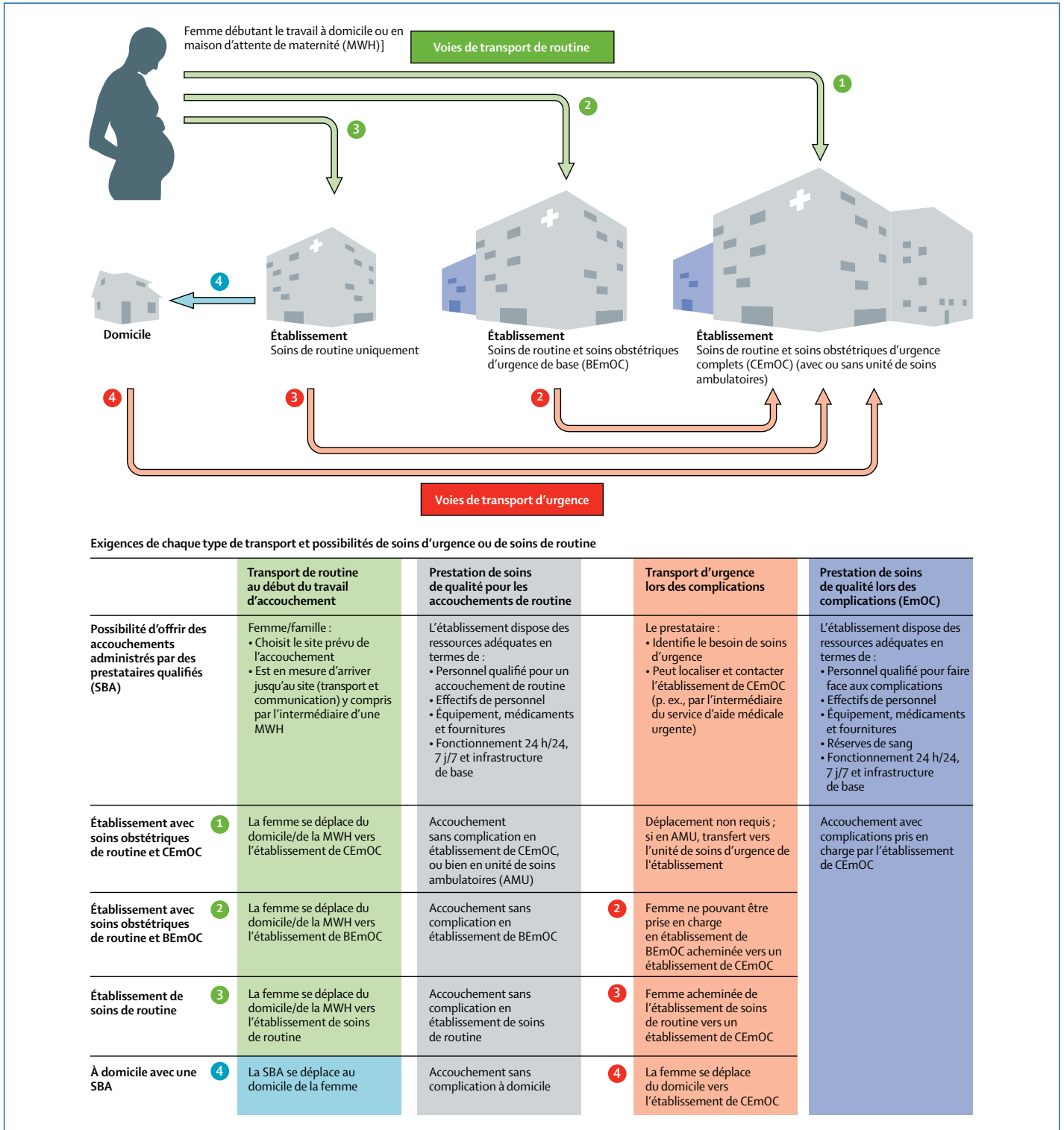


Figure 3 : Cadre conceptuel des voies menant à des options adéquates en termes de soins maternels

Prestataires qualifiés pour les accouchements sans complication et accès aux soins obstétriques d'urgence pour gérer les complications, avec les critères pour une réussite dans chaque voie. SBA prestataire qualifié pour les accouchements. EmOC = soins obstétriques d'urgence. BEmOC = soins obstétriques d'urgence essentiels. CEmOC = soins obstétriques d'urgence complets. 24 h/24, 7 j/7. AMU - Service de proximité dirigé par une sage-femme. MWH = Maison d'attente de maternité. Source : Série de documents de santé maternelle 3

Femmes souvent sans accès à des soins de qualité

- Adolescentes et femmes célibataires
- Immigrées
- Réfugiées et femmes déplacées à l'intérieur de leur pays
- Femmes indigènes ou appartenant à des minorités ethniques ou religieuses
- Femmes vivant sous le seuil de pauvreté
- Femmes vivant dans des habitats urbains informels (sauvages)
- Femmes vivant au sein d'états fragilisés
- Femmes affectées par des crises humanitaires

Une croissance annuelle forte du PIB durant les 20 prochaines années associée à la possibilité de puiser dans de nouvelles sources de revenus, tels que les impôts sur le tabac, l'alcool et le tourisme, ainsi qu'une baisse des subventions allouées aux carburants fossiles pourraient accroître de manière marquée les espaces budgétaires nationaux disponibles pour des investissements en santé et autres secteurs sociaux. Étant donné les niveaux stagnants de l'assistance au développement en matière

de santé globalement, augmenter les investissements nationaux dans la santé semble logique, non seulement pour stimuler le développement social, mais également pour accroître la croissance économique. Près d'un quart de la croissance des revenus nationaux dans les pays à faible et moyen revenu entre 2000 et 2011 provient de la valeur des années supplémentaires de vie gagnées, autrement dit de l'augmentation de l'espérance de vie. Cela fait de la santé un investissement de valeur exceptionnelle.

Le nouveau paysage politique et social de l'ère post-MDG associé à l'évolution des attentes des femmes et à leur accès accru aux technologies et à l'information, impose une transformation fondamentale des stratégies visant à améliorer la santé maternelle pour toutes. Par exemple, lorsque l'accès aux services s'accroît avec l'urbanisation et l'obtention facilitée d'information sur la santé, l'accent doit être moins mis sur l'acheminement des femmes vers les établissements et plus sur une amélioration de la qualité des soins au moment opportun au sein des établissements.

Appel à l'action : Chaque femme, chaque nouveau-né, où qu'ils soient, ont droit à des soins de qualité

L'accès à la santé maternelle est un droit humain fondamental et un déterminant clé de la santé du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et plus généralement du développement durable. Quels sont alors les efforts à mettre en place par les autorités locales, nationales et mondiales, pour accomplir la vision de l'OMD et réduire la mortalité maternelle en dessous de 70 par 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 ?

La Série sur la santé maternelle du *Lancet* propose le plan d'action suivant, axé sur cinq points principaux, à toutes les parties prenantes qui travaillent en partenariat pour concrétiser la vision de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* :

- **Qualité** : Les partenaires doivent mettre la priorité sur des services de soins maternels de haute qualité fondés sur des données probantes qui répondent aux besoins locaux et sont capables de s'adapter aux défis émergents. Il est essentiel que les services de santé maternels débutent par de la prévention (p.ex. planification familiale et interruption de grossesse sans risque lorsque c'est permis), soient adaptés au contexte, s'inscrivent dans un continuum des soins de santé et puissent répondre à la diversité croissante du fardeau sanitaire en santé maternelle.
- **Équité** : Les partenaires doivent promouvoir l'équité, par exemple à travers des investissements dans la couverture maladie universelle, qui est un mécanisme permettant d'atteindre les objectifs de développement durable, et qui devrait inclure une forte composante de services de maternité fournissant à toute femme, partout, des soins de qualité sans toutefois endetter les familles et les pousser dans la pauvreté.
- **Systèmes de santé** : Les partenaires doivent s'engager à renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble (y compris les systèmes de gestion des données et de surveillance, la capacité technique des établissements, les services médicaux d'urgence connectés et le personnel de santé qualifié) de telle sorte qu'ils peuvent s'adapter au contexte changeant de la vie des femmes et devenir plus résilients face aux chocs et aux menaces environnementales qui pèsent sur la santé maternelle et celle du nouveau-né.
- **Financement** : Un financement viable en santé maternelle est indispensable afin de solidifier les acquis et d'accélérer le progrès. Avec la croissance économique récente de certains pays à faible et moyen revenu, il est déterminant de faire valoir l'argument que l'investissement de santé servira de catalyseur au développement social et à la croissance économique afin d'attirer l'attention et le support politiques.
- **De meilleures données probantes** : Obtenir de meilleures données probantes localement à travers des inspections de routine et un système de gestion de l'information de santé renforcé est indispensable afin d'améliorer la qualité des soins au niveau même des sites où les femmes sont traitées. Nous avons aussi besoin d'indicateurs plus ingénieux qui capturent mieux le réel fardeau de la mauvaise santé maternelle et nous aident à façonner de nouvelles méthodes et politiques de soins maternels basées sur des données probantes, qui augmentent la capacité des systèmes de santé à fournir à toutes des soins de bonne qualité. Des données probantes plus solides fondées sur la recherche permettront d'établir une base sur laquelle tous les partenaires – locaux et mondiaux, publics et privés – pourront s'appuyer pour plaider en faveur de la mobilisation des ressources, tirer les leçons des succès et des échecs relatifs de chaque programme, renforcer les lois et les politiques et promouvoir la responsabilité mutuelle.

Pour en savoir plus sur la Série, consulter www.thelancet.com/series/maternal-health-2016 www.maternalhealthseries.org

Documents de la Série

- Graham W, Wood S, Byass P, et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet* 2016; publié en ligne le Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31533-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31533-1)
- Miller S, Abalos E, Chamillard M, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet* 2016; publié en ligne le Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Campbell OMR, Calvert C, Testa A, et al. The scale, scope, coverage, and capability of childbirth care. *Lancet* 2016; publié en ligne le Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31528-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31528-8)
- Shaw D, Guise J-M, Shah N, et al. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet* 2016; publié en ligne le Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31527-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31527-6)
- Kruk ME, Kujawski S, Moyer CA, et al. Next generation maternal health: external shocks and health-system innovations. *Lancet* 2016; publié en ligne le Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31395-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31395-2)
- Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *Lancet* 2016; publié en ligne le Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31333-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2)

Remerciements

Le groupe d'étude de la Série sur la santé maternelle du *Lancet* : Oona M R Campbell, Wendy Graham, Fernando Althabe, Marge Koblinsky, Margaret E Kruk, Suellen Miller, et Dorothy Shaw.

Groupe de pilotage de la Série sur la santé maternelle du *Lancet* : Fernando Althabe (Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy); Dipa Nag Chowdhury (The MacArthur Foundation, India); France Donnay (Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University); Lynn Freedman (Averting Maternal Death and Disability Program, Mailman School of Public Health, Columbia University); Stephen Hodgins (Save the Children); Marge Koblinsky (USAID); Jerker Liljestrand (The Bill & Melinda Gates Foundation); Lori McDougall (Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, World Health Organization); et Sundari Ravindran T.K. (Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology).

Équipe de rédaction de la note de synthèse : Lori McDougall, Oona M R Campbell, et Wendy Graham. Nous tenons à remercier les membres du groupe d'étude, Audrey Ceschia, Richard Horton, Adrienne Testa, et Justine Marshall pour leur révision rédactionnelle.

Nous remercions Francine Tessier, Diane Duclos, Alexis Robert, et Francesca Cavallaro pour la relecture de la version française.

La préparation de cette publication a été financée par la Bill & Melinda Gates Foundation et par la MacArthur Foundation à travers des subventions à la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Droits d'auteur pour la photo :

Page de couverture :

Pieter ten Hoopen/London School of Hygiene & Tropical Medicine/Nigeria

Pour accéder aux ressources sur la Série, consulter :

www.maternalhealthseries.org

Suivre la discussion : #MaternalHealthNow

Groupe d'étude



Groupe exécutif de direction

