

Partout dans le monde, 830 femmes meurent de causes liées à la grossesse et l'accouchement chaque jour. La deuxième cause la plus fréquente (après l'hémorragie post-partum) est un trouble hypertensif, tel que la prééclampsie et l'éclampsie (PE/E) – caractérisé par une tension artérielle élevée mortelle et provoquée par la grossesse et un excès de protéines dans l'urine – qui peuvent entraîner des saignements et d'autres complications fatales. Un nourrisson prématuré sur quatre meurt à cause de la PE/E de sa mère. Ces décès sont évitables, mais les médicaments et les outils essentiels pour traiter ce trouble sont souvent inaccessibles lorsque les ressources sont limitées.

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION:
19.4 MILLIONS

TAUX DE FÉCONDITÉ TOTAL:
4.8 NAISSANCES PAR FEMME

BESOIN INSATISFAIT DE CONTRACEPTION POST-PARTUM :
65%

RISQUES DE SANTÉ GLOBAUX



21.7% DES PERSONNES ONT L'HYPERTENSION



3.9% DES ADULTES SOUFFRENT DE DIABÈTE



7.9% DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER SONT OBESÈS



32% DES FILLES ÂGÉES DE 15 À 19 ANS ONT DÉJÀ DES ENFANTS

PAS DE DONNÉES DISPONIBLES – % DES FEMMES ÂGÉES DE 25 À 49 ANS ONT ACCOUCHÉ AVANT L'ÂGE DE 18 ANS

PAS DE DONNÉES DISPONIBLES – % DES FEMMES ONT ACCOUCHÉ AVANT L'ÂGE DE 20 ANS

LES OBSTACLES À L'ACCÈS DES SERVICES



LES MARIS ET LES BELLES-MÈRES SONT LES DÉCIDEURS



CRAINTE DE VOYAGER SEULE



LA DISTANCE À PARCOURIR JUSQU' AUX CENTRES DE SANTÉ



LES COÛTS FINANCIERS



MANQUE DE DISPONIBILITÉ ET ACCÈS AUX PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ

SOINS LIÉS À LA GROSSESSE



86.3% ONT REÇU DES SOINS PRÉNATAUX



50.1% DES ACCOUCHEMENTS ONT BÉNÉFICIÉ DE LA PRÉSENCE D'UN PRESTATAIRE QUALIFIÉ



49.3% ASSISTAIENT À AU MOINS 4 VISITES POUR SOINS PRÉNATAUX



0.5% DES BÉBÉS SONT NÉS PAR CÉSARIENNE



80.6% AVAIT FAIT MESURER SA TENSION ARTÉRIELLE PENDANT UNE VISITE POUR SOINS PRÉNATAUX *



46.3% DES MÈRES ET NOURRISSONS ONT BÉNÉFICIÉ D'UNE VISITE POSTNATALE DANS LES PREMIÈRES 48 HEURES APRÈS L'ACCOCHEMENT



29.5% AVAIT UNE ANALYSE D'URINE PENDANT UNE VISITE POUR SOINS PRÉNATAUX*

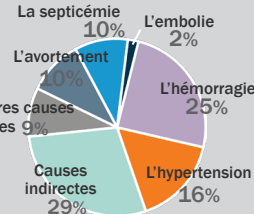
* parmi les femmes qui ont eu une naissance vivante

DONNÉES SUR LA MORTALITÉ MATERNELLE

498

DÉCÈS MATERNELS POUR 100 000 NAISSANCES

LES CAUSES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LES CENTRES DE SANTÉ :



PAS DE DONNÉES

% DES DÉCÈS CHEZ LES FILLES ET LES FEMMES ÂGÉES DE 12 À 49 ANS ONT ÉTÉ ASSOCIÉS À LA GROSSESSE ET L'ACCOCHEMENT

LES DONNÉES SUR LA MORTALITÉ DES NOUVEAUX-NÉS/ NOURRISSONS

48

DÉCÈS DES NOURRISSONS POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

75

DÉCÈS PÉRINATAUX POUR 1 000 GROSSESSES

24

DÉCÈS NÉONATAUX POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES

19%

DES DÉCÈS NÉONATAUX ÉTAIENT ASSOCIÉS À L'ACCOCHEMENT PRÉMATURÉ

CAPACITÉ DE PRESTATION DE MgSO₄ ET LE GLUCONATE DE CALCIUM

PROFESSIONNELS AUX ÉTABLISSEMENTS DE SOINS SECONDAIRES ET TERTIAIRES PEUVENT ADMINISTRER LE MgSO₄, LE GLUCONATE DE CALCIUM (GC), ET DES TRAITEMENTS ANTIHYPERTENSEURS

47%

DES ÉTABLISSEMENTS ONT MgSO₄ ET GC EN STOCK

PAS DE DONNÉES

% DE PERSONNEL FORMÉ POUR ADMINISTRER MgSO₄ ET GC

LES POLITIQUES NATIONALES/DE L'ÉTAT

Des 13 Produits vitaux pour les femmes et les enfants de l'ONU, lesquels sont inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels ?

→ Les préservatifs féminins, les implants contraceptifs, la contraception de secours, l'oxytocine, le misoprostol, MgSO₄, les antibiotiques injectables, les corticostéroïdes anténatals, la chlorhexidine, les appareils de réanimation

Quels traitements antihypertenseurs sont inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels ?

→ Pas de données disponibles

Est-ce qu'il existe des mécanismes officiels pour procurer ces médicaments ?

→ Pas de données disponibles

Y a-t-il une stratégie communautaire en matière de la santé ?

→ Pas de données disponibles

Y a-t-il une politique pour la redistribution des tâches dans le pays ?

→ Pas de données disponibles

Est-ce que des audits sont déployés sur la mortalité maternelle ou les presque accidents ?

→ Pas de données disponibles

Les sources: D. Adeloje et al. 2014. Estimating the Prevalence and Awareness Rates of Hypertension in Africa: A Systematic Analysis. *Plos ONE* Measure DHS and USAID. Revising unmet need for family planning: DHS analytical studies 25. N. J. Kassebaum et al. 2014. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Global Health*. 2014; 384: 980–1004. Republic of Madagascar (Tanidravana – Fahaifaha – Fandrosoana) Ministry of Economy, Finance and Budget General Secretariat. 2005. *Population Census*. WCCHIP and JHPIEGO. 2011. Quality of care of the prevention and management of common maternal and newborn complications in health facilities in Madagascar. M. Sharp & I. Kruse. 2009. Health, Nutrition and Population in Madagascar 2008-2009. World Health Organization Working Paper No. 216. Madagascar Drug Policy. 2014. MCHIP and MGSP. 2009. DHS Reanalysis for Family planning needs during the first two years postpartum in Madagascar. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates. 2013. Trends in mortality: 1990 to 2013.

* Les types des données présentées dans ce profil de pays peuvent différer des autres profils de pays développés par le projet 'Ending Eclampsia'. Les statistiques régionales de l'Afrique sub-Saharienne (venant du « Countdown to 2015 ») sont utilisées pour les causes de la mortalité maternelle