

Améliorer la santé et la nutrition maternelles et néonatales

Données factuelles, solutions, études de cas et recommandations d'orientation

APERÇU

Malgré les importants progrès réalisés en santé maternelle et néonatale au cours des dernières décennies, environ 300 000 filles et femmes meurent toujours chaque année des suites de complications d'une grossesse¹. La communauté internationale dispose de données probantes sur lesquelles elle s'accorde quant aux mesures à prendre afin d'éviter ces décès et améliorer la santé et le bien-être des femmes et des bébés.

Les interventions cliniques et services de santé doivent être fournis tout du long du continuum de soins – soit avant, pendant et après la grossesse². Il y a également lieu d'insister sur les vies qui peuvent être sauvées et la santé des femmes et des nouveau-nés qui peut être préservée grâce à la nutrition³. Une bonne nutrition est essentielle à la croissance physique, au développement intellectuel, à la performance, la productivité, la santé et le bien-être, tout au long de la vie. La nutrition constitue effectivement un investissement judicieux pour tout pays⁴.

Les interventions mentionnées dans ce document d'orientation ne traitent pas uniquement des principales causes de la mortalité maternelle et néonatale. Elles explorent également la santé et le bien-être en général, ce qui englobe une nutrition adéquate et la prévention ainsi que le traitement des lésions en lien avec la grossesse.

SECTION 1 : DÉFINITION DE LA QUESTION

Grâce aux importantes avancées réalisées ces 25 dernières années en santé maternelle et néonatale, le nombre de décès maternels a baissé de près de moitié depuis 1990⁵ et celui des décès néonataux a enregistré une diminution de 47 % entre 1990 et 2015⁶. Près de 127 millions de femmes accouchent chaque année, mais 27 % d'entre elles n'accouchent cependant pas en établissement de santé, et 39 % ne bénéficient pas du minimum de quatre visites de soins prénatals recommandé⁷. Pour chaque femme qui décède de complications dues à une grossesse, 20 autres subissent une forme de morbidité – telle que la fistule obstétrique ou le prolapsus utérin – dont les conséquences à long terme impactent leur santé, leur bien-être, voire leur statut social et économique⁸.

Chaque jour, quelque 830 femmes meurent de complications en lien avec la grossesse ou l'accouchement, ce qui représente une femme toutes les deux minutes⁹. Dans certains pays, le risque qu'une femme décède pendant une grossesse au cours de sa vie atteint les 1 pour 17, alors qu'il est en moyenne de 1 pour 3 300 dans les pays à revenu élevé¹⁰.

Les principales causes de décès maternel incluent les fortes hémorragies, l'infection, la pré-éclampsie et l'éclampsie, les complications de l'accouchement et l'avortement non médicalisé. Conjuguées, ces causes constituent environ 73 % de l'ensemble des décès maternels¹¹. Les causes de la morbi-mortalité maternelle sont cependant de plus en plus diverses, si l'on inclut les conséquences des maladies non transmissibles, et les transformations environnementales et démographiques. Et ces différents besoins nécessitent des politiques et des soins réactifs¹². La défaillance des systèmes de santé participe également de l'élévation des taux de mortalité maternelle, et ce particulièrement lorsque les établissements ne disposent pas des fournitures et équipements médicaux de base, de services essentiels tels que des points d'eau fiable accessibles, des services d'assainissement et des formations à l'hygiène, que la pénurie de personnel de santé est généralisée et que le nombre de membres de personnel d'assistance à l'accouchement qualifiés est insuffisant^{13,14,15}.

Plusieurs problèmes contribuent à accroître la vulnérabilité face à la mortalité et l'invalidité maternelles :

- **Les femmes ayant de faibles revenus, rurales et marginalisées ont moins accès aux soins de santé :** Parce qu'elles ont un accès restreint aux soins de santé maternelle complets, ces femmes sont plus à même d'être confrontées à des complications en lien avec la grossesse et l'accouchement¹⁶. Dans le monde en développement, 53 millions de femmes accouchent à la maison chaque année, sans assistance qualifiée¹⁷. Malgré l'augmentation des taux de femmes bénéficiant de soins prénatals dans le monde, seules 68 % des femmes dans les régions en développement accouchent en présence de personnel qualifié, et seules 40 % bénéficient réellement du nombre de visites prénatales



L'amélioration de la santé et de la nutrition maternelles et néonatales est en lien avec la réalisation de plusieurs des cibles et objectifs de développement durable (ODD), dont les suivants :

ODD 1 : Éliminer toutes les formes de pauvreté dans le monde entier

- **1.1** D'ici à 2030, éliminer complètement l'extrême pauvreté dans le monde entier (s'entend actuellement du fait de vivre avec moins de 1,25 dollar par jour)
- **1.2** D'ici à 2030, réduire de moitié au moins la proportion d'hommes, de femmes et d'enfants de tout âge qui vivent dans la pauvreté sous tous ses aspects, telle que définie par chaque pays
- **1.5** D'ici à 2030, renforcer la résilience des pauvres et des personnes en situation vulnérable et réduire leur exposition et leur vulnérabilité aux phénomènes climatiques extrêmes et à d'autres chocs et catastrophes d'ordre économique, social ou environnemental

ODD 2 : Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire et promouvoir l'agriculture durable

- **2.1** D'ici à 2030, éliminer la faim et faire en sorte que chacun, en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons, ait accès tout au long de l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante
- **2.2** D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025

Clause de non-responsabilité : Les points de vue et opinions exprimés dans le présent document technique sont ceux des auteur-e-s. Ils ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques officielles de l'ensemble des organisations partenaires.



recommandées au cours de leur grossesse^{18,19,20}. Des études établissent un lien clair entre le faible revenu et les accouchements dans des environnements inadéquats ne disposant pas des services essentiels de prévention des infections, pourtant cruciaux pour un accouchement sans risque. Un rapport de l'OMS se penchant sur l'évaluation de près de 66 000 établissements de soins de santé dans des pays à revenu faible à intermédiaire a révélé que 38 % d'entre eux ne disposaient pas d'un accès à l'eau propre²¹. Cette information vient renforcer la nécessité de garantir un soutien adéquat pour les femmes et leurs nouveau-nés qui sont particulièrement à risque puisque, chaque année, des millions de personnes décèdent – et bien plus tombent malades – à cause de maladies en lien avec la mauvaise qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Ces besoins peuvent être particulièrement pressants en contextes d'urgence, où les besoins hygiéniques propres aux filles et aux femmes sont souvent ignorés²².

- **Les jeunes femmes et adolescentes sont particulièrement à risque :** Les grossesses et accouchements précoces augmentent les risques de complications pour les adolescentes et leurs nouveau-nés. À l'échelle mondiale, ces complications comptent parmi les principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 19 ans²³ et entraînent 17 000 décès chaque année²⁴. Les bébés d'adolescentes de moins de 18 ans courent 60 % plus de risque de décéder que ceux nés de mères de plus de 19 ans²⁵, et ces nouveau-nés sont également plus susceptibles de naître avant terme et d'avoir un faible poids à la naissance^{26,27,28}. Des études ont démontré que si la totalité des femmes des pays à revenu faible à intermédiaire poursuivaient une scolarité secondaire, 26 % d'enfants en moins accuseraient des retards de croissance, ou seraient plus petit-e-s que la moyenne en fonction de leur âge, ce qui ne fait que souligner la nécessité absolue d'investir dans l'éducation des filles²⁹.
- **Le statut nutritionnel :** Chaque pays du monde connaissant des problèmes de nutrition – qu'il s'agisse de sur- ou de sous-nutrition – il est essentiel de soutenir le statut nutritionnel des filles et des femmes de manière à améliorer la santé maternelle et néonatale. La sous-nutrition chez les femmes enceintes entraîne des risques d'infection, d'anémie, de léthargie et de faiblesse, de baisse de la productivité, d'accouchements désastreux, de complications maternelles, voire de décès^{30,31}. La nutrition joue cependant un autre rôle essentiel : dans les pays en développement, une femme enceinte sur deux manque de fer, et l'anémie contribue à 20 % des décès maternels dans le monde³². La malnutrition chez les femmes en général, et chez les femmes enceintes en particulier, participe également de la mortalité et de l'invalidité néonatales : la petite taille par rapport à l'âge gestationnel entraîne près de 800 000 décès annuels au cours du premier mois de la vie, soit près du quart des décès néonataux^{33,34}. La malnutrition maternelle augmente les risques d'accouchements prématurés, de faible poids et de malformations à la naissance³⁵. Du fait d'une nutrition inadéquate au cours de la grossesse, plus de 50 millions d'enfants en 2015 étaient émaciés-e-s ou avaient un indice de masse corporelle trop faible, et plus de 150 millions d'enfants dans le monde entier connaissaient des retards de croissance, les empêchant de devenir en grandissant des individu-e-s en bonne santé, participant à l'activité et contribuant à la productivité de leurs familles, leurs communautés et leurs pays³⁶. La sous-nutrition et la sur-nutrition peuvent entraîner de l'obésité et du diabète gestationnel, ou le début d'un diabète au cours de la grossesse, qui est associé à des risques plus élevés de complications pour la santé maternelle et néonatale^{37,38}. L'obésité maternelle est également associée à un risque accru de pré-éclampsie (troubles hypertensifs au cours de la grossesse)³⁹, deuxième cause de décès maternel⁴⁰, qui peut également entraîner des décès néonataux et infantiles⁴¹.
- **Les avortements non médicalisés :** Comptant parmi les causes majeures de la mortalité maternelle, l'avortement non médicalisé entraîne 22 000 décès annuellement⁴². Les avortements sont plus susceptibles d'être non médicalisés lorsqu'ils sont illégaux⁴³ et c'est dans ces contextes que les femmes ont recours à des méthodes dangereuses : avoir recours à un-e prestataire non qualifié-e, s'automédicament pour provoquer l'avortement, ingérer des liquides toxiques, voire s'automutiler^{44,45}. Les femmes qui survivent à ces procédés souffrent souvent de lourdes conséquences, parfois permanentes⁴⁶.
- **Le VIH :** Le VIH est un facteur important de décès maternels, et ce particulièrement dans le monde en développement. Les femmes séropositives sont huit fois plus susceptibles de mourir au cours d'une grossesse, d'un accouchement ou de la période post-partum que les femmes séronégatives⁴⁷. En 2015, parmi les 4 700 décès maternels en lien avec le sida de par le monde environ, 85 % ont eu lieu en Afrique subsaharienne, soit 4 000 d'entre eux⁴⁸. Sans traitement, les nouveau-nés séropositifs développent rapidement le sida du fait du sous-développement de leur système immunitaire⁴⁹. Le diagnostic infantile précoce est essentiel à la réduction des décès en lien avec le sida, qui demeurent élevés chez les enfants. La moitié des nouveau-nés porteurs du VIH meurent avant d'atteindre l'âge de deux ans, et le nombre le plus élevé de décès a lieu entre la sixième et la huitième semaines de vie. La majorité de ces décès est évitable, par le biais de la prise en charge des infections opportunes à l'aide d'antibiotiques ou de la thérapie antirétrovirale⁵⁰.
- **Les contextes et urgences humanitaires :** Le nombre de personnes concernées par des urgences humanitaires est en forte augmentation depuis une dizaine d'années ; plus de 125 millions de personnes ont ainsi besoin d'aide humanitaire, soit cinq fois plus qu'il y a dix ans⁵¹. Dans de tels contextes, les filles et les femmes sont souvent les plus vulnérables et doivent faire face à des défis croissants pour leur santé sexuelle et reproductive, ainsi que leur état de bien-être général^{52,53}. Il est estimé que plus de la moitié des décès maternels et néonataux ont lieu dans des contextes humanitaires⁵⁴. L'année 2015 a enregistré environ 185 000 décès maternels dans les 35 pays alors



les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées

ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

- **3.7** D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et reproductive, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux
- **3.8** Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable
- **3.c** Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement

ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

- **5.1** Mettre fin, dans le monde entier, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles
- **5.2** Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et



frappés par une crise humanitaire ou des conditions les fragilisant. Ce chiffre représente 61 % des décès maternels estimés à l'échelle mondiale⁵⁵. Et bien que les filles et les femmes soient plus vulnérables dans les contextes d'urgence, leur protection ne fait l'objet que de peu d'attention au niveau des interventions humanitaires⁵⁶.

SECTION 2 : SOLUTIONS ET INTERVENTIONS

Les interventions en santé et en nutrition dont les femmes et les nouveau-nés devraient pouvoir disposer tout au long d'un continuum de soins font l'objet d'un large consensus⁵⁷. Ces interventions holistiques centrées sur les femmes visent non seulement à éviter les causes majeures de décès maternels et néonataux, mais cherchent aussi à améliorer l'état de santé général des femmes et des enfants en permettant une nutrition adaptée et en évitant et en prenant en charge les défis maternels que sont, entre autres, le diabète gestationnel, les lésions dues à l'accouchement et la surveillance de la tension artérielle⁵⁸. L'amélioration des soins prodigués aux femmes au cours de la grossesse joue un rôle clé dans la réduction des taux de mortalité néonatale et infantile, des faibles poids à la naissance et des mortinaissances⁵⁹.

Disposer d'un système de santé prêt à prendre en charge les femmes, lorsque celles-ci sont prêtes à accoucher, est essentiel. Un continuum de soins efficace inclut des soins de qualité avant, pendant et après la grossesse, et dispose de prestataires qualifié-e-s pour prodiguer ces soins lors d'une grossesse et d'un accouchement sans incident, ainsi que lors d'urgences obstétricales, au sein d'un système de santé opérationnel⁶⁰. Pour avoir un impact réel sur la santé maternelle et néonatale, un continuum de soins doit, de plus, inclure l'accès aux établissements, médicaments, équipements et prestataires de santé nécessaires⁶¹. Dans les contextes à faible revenu, le renforcement de l'accès à l'eau propre et l'assainissement est indispensable en vue d'améliorer la santé des femmes et de leurs bébés, et de sauver des vies⁶². Enfin, les services de santé doivent être à la fois disponibles, accessibles, acceptables et qualitatifs⁶³ et être fournis de manière digne et respectueuse, sans aucune forme de discrimination ou d'abus⁶⁴.

Alors que la communauté mondiale s'accorde sur la gamme d'interventions cliniques nécessaires à l'amélioration de la santé et de la nutrition maternelles et néonatales, de nombreux écarts restent à combler dans les services. Ce document présente quatre stratégies qui peuvent potentiellement combler ces écarts :

- Assurer un accès à des soins de santé maternels et néonataux de qualité, dont des soins de pratique de sage-femme
- Élargir les stratégies communautaires de manière à atteindre les filles et les femmes les plus vulnérables
- Traiter la question des grossesses non désirées par l'intermédiaire de la contraception moderne et de l'accès à des avortements sans risque
- Fournir une éducation, un conseil et un soutien à la nutrition maternelle et néonatale, et promouvoir l'allaitement exclusif

Assurer un accès à des soins de santé maternels et néonataux de qualité, dont des soins de pratique de sage-femme

La prestation de services de santé maternelle et néonatale abordables et qualitatifs doit aller de pair avec l'accès à des soins de pratique de sage-femme qualifiés, compétents et prodigués avec compassion avant et pendant la grossesse, au cours de l'accouchement, de la période postnatale et des premiers mois de la vie du nourrisson. C'est là un des investissements les plus importants qu'un pays puisse réaliser pour améliorer la santé maternelle et infantile⁶⁵. Sous combinaison de soins complets à toutes les femmes enceintes et nouveau-nés, tels que recommandés par l'OMS, avec un apport de contraception moderne aux femmes qui désirent éviter une grossesse, la mortalité maternelle tomberait de 308 000 à 84 000 décès par an, et la néonatale de 2,7 millions à 541 000 morts par an⁶⁶.

De nombreux pays, dont le Burkina Faso, le Cambodge, l'Indonésie, le Maroc et le Sri Lanka, sont parvenus à réduire le nombre de décès maternels et néonataux de manière conséquente grâce à la formation et au déploiement de sages-femmes^{67,68}. Les sages-femmes, ou le personnel d'assistance à l'accouchement qualifié et doté de compétences de pratique de sage-femme, peuvent conseiller les femmes sur la nutrition adaptée – telle que l'importance d'enrichir les aliments en acide folique – qui leur permet de multiplier leurs chances de mener leur grossesse à terme, d'éviter les malformations à la naissance et de sauver la vie de leurs nouveau-nés⁶⁹. Les sages-femmes jouent un rôle crucial dans l'initiation et la continuité de l'allaitement dès les premiers moments et tout au long des premières semaines de vie ; une intervention clé dans la santé et la nutrition des nouveau-nés⁷⁰. L'allaitement continu pendant les six premiers mois de la vie peut potentiellement sauver la vie de centaines de milliers de nourrissons et réduire les frais de soins de santé^{71,72}. Alors que les nouveau-nés ont besoin des nutriments présents dans le lait maternel pour les protéger de maladies telles que la diarrhée, les adolescent-e-s et les adultes allaité-e-s pendant leur petite enfance sont moins susceptibles d'être en surcharge pondérale plus tard dans leur vie, et obtiennent de meilleurs résultats aux tests d'intelligence.



aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation

- **5.3** Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine
- **5.6** Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et reproductive et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de reproduction, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finaux des conférences d'examen qui ont suivi

ODD 9 : Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation

- **9.1** Mettre en place une infrastructure de qualité, fiable, durable et résiliente, y compris une infrastructure régionale et transfrontière, pour favoriser le développement économique et le bien-être de l'être humain, en mettant l'accent sur un accès universel, à un coût abordable et dans des conditions d'équité

ODD 11 : Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables

- **11.2** D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des systèmes de transport sûrs, accessibles et viables, à un coût abordable, en améliorant la sécurité routière, notamment en développant les transports publics, une attention particulière devant être accordée aux besoins des personnes en situation vulnérable, des femmes, des enfants, des personnes handicapées et des personnes âgées

Les accords internationaux relatifs à l'amélioration de la santé et nutrition maternelles



L'allaitement peut également, pour la femme, réduire les risques de cancer du sein et des ovaires, de diabète de type II et de dépression post-partum^{73,74}.

De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire ont encore beaucoup de chemin à parcourir avant d'atteindre une couverture de pratique de sage-femme de qualité auprès des populations les moins bien desservies. Seul-e-s 42 % des professionnel-le-s de médecine, de pratique de sage-femme et d'infirmier du monde sont disponibles dans 73 pays à revenu faible à intermédiaire, où 92 % des décès maternels et néonataux et des mortinaissances ont lieu^{75,76}. Non seulement le nombre de sages-femmes doit-il augmenter dans ces pays, mais l'engagement continu des gouvernements et de leurs partenaires de développement doit garantir que les services de pratique de sages-femmes sont disponibles, accessibles, acceptables et hautement qualitatifs.

Étude de cas : L'amélioration des soins de pratique de sage-femme au Cambodge

La mortalité maternelle et néonatale est en forte baisse au Cambodge depuis 2005⁷⁷. L'un des facteurs clé de cette réussite est l'investissement notable dans l'éducation des sages-femmes et une augmentation marquée du nombre de sages-femmes à fournir des soins prénatals et à réaliser des accouchements au sein d'un réseau élargi de soins de santé primaires. Le gouvernement a initié des efforts visant à garantir un meilleur accès à des soins de santé maternelle, avec le soutien de nombreuses organisations partenaires, dont des ONG et des agences de l'ONU^{78,79}. L'accès à des soins de santé primaires de meilleure qualité, centrés sur la pratique de sage-femme, a également été noté dans l'ensemble du système de santé, dont les secteurs privé et public. En 2010, les accouchements en présence de personnel qualifié en établissement de santé représentaient 55 % des naissances, contre 16 % pour les accouchements à domicile avec l'assistance d'une sage-femme. L'éducation réaltable et la formation continue des sages-femmes sont devenues une priorité, et tous les centres de santé comptent au moins une sage-femme principale^{80,81}.

Élargir les stratégies communautaires de manière à atteindre les filles et les femmes les plus vulnérables

Pour parvenir à améliorer la santé et la nutrition maternelles et néonatales, la prestation des services de santé essentiels doit avoir lieu au sein de systèmes de santé opérationnels qui intègrent un continuum de soins dispensés à la fois dans les communautés et en établissement. Les interventions au niveau local incluent la mobilisation communautaire, l'éducation à la santé et à la modification du comportement, les groupes de soutien communautaires et les visites à domicile au cours de la grossesse et après l'accouchement⁸². Ces interventions peuvent être menées par un-e prestataire de soins de santé ou un-e agent-e de santé communautaire à domicile, dans le village, à l'école ou à la clinique locale. Les données probantes suggérant que les stratégies communautaires améliorent les résultats en santé maternelle et néonatale, et qu'elles influencent positivement les pratiques de santé et de nutrition – telles que la pratique de l'allaitement exclusif – sont en nette augmentation⁸³. Enfin, le renforcement de la participation et de l'implication de la communauté – concernant à la fois les femmes et les hommes – dans la conception et la prestation de services de santé a entraîné l'amélioration de leur qualité, leur disponibilité et leur utilisation⁸⁴. Faire référence au pouvoir de la participation et de l'implication de la communauté dans les contextes d'urgence est particulièrement décisif pour garantir que les besoins spécifiques des filles et des femmes ne soient pas ignorés^{85,86}.

Parmi les interventions communautaires réussies, mentionnons :

- **La formation et le déploiement d'agent-e-s de santé communautaires (ASC) :** Les agent-e-s de santé communautaires peuvent jouer un rôle important dans l'augmentation de l'accès aux services essentiels d'information en santé, et peuvent, en particulier, être essentiel-le-s à la prestation de soins aux populations mal desservies, dont les jeunes et les adolescent-e-s, dans les zones rurales et les contextes humanitaires. Les agent-e-s de santé communautaires sont peu formé-e-s mais doivent fournir un large éventail de services en lien avec la santé et la nutrition aux membres de leurs communautés, et promouvoir des pratiques saines, telles que l'allaitement. Les agent-e-s demeurent généralement dans leur village natal ou leur quartier, et servent de lien entre le voisinage et l'établissement de santé ou les prestataires officiel-le-s de soins de santé. C'est à ce titre qu'ils et elles peuvent garantir que les femmes à risque et les nourrissons soient envoyé-e-s dans l'établissement de santé adéquat, ou vers le ou la prestataire qualifié-e, pour recevoir les soins et le traitement nécessaires^{87,88}. Plusieurs pays ont initié des programmes nationaux d'agent-e-s de santé communautaires, qui ont porté leurs fruits. Le programme d'extension de la santé (HEP) d'Éthiopie, le programme d'agentes de santé (LHW) du Pakistan et les équipes de santé villageoises d'Ouganda, entre autres, participent de la promotion d'informations et de services de santé essentiels⁸⁹.
- **La mobilisation des communautés par le biais de groupes de femmes ou de communautés :** Les données probantes de pays d'Afrique et d'Asie soulignent le rôle des groupes de femmes dans l'amélioration des pratiques de soins maternels et néonataux et la réduction des décès maternels et néonataux. Ces groupes rassemblent des femmes avant, pendant et après la grossesse pour partager des expériences communes, identifier des problèmes, échanger des informations, discuter de manières d'accéder à des soins maternels et néonataux qualitatifs, identifier les lacunes dans le système et trouver des solutions possibles. Une méta-analyse menée en 2013 a indiqué que les groupes de femmes peuvent faire chuter les décès maternels de 49 % et les décès néonataux d'un tiers⁹⁰.

Étude de cas : Le programme d'agentes de santé du Pakistan

En réaction aux nombreuses inégalités entre zones urbaines et rurales et au déséquilibre considérable au sein du personnel de santé, dont un nombre insuffisant d'agent-e-s de santé, d'infirmier-ère-s et de personnel qualifié pour assister les accouchements, le Pakistan a créé le cadre des agentes de santé en 1994⁹¹. Pour participer à ce programme, les agentes doivent être recommandées par la communauté, avoir suivi au moins huit années de scolarité et suivre une formation extensive. Le but du programme est de doter les agentes de santé des compétences nécessaires à fournir des services de santé primaires essentiels dans les communautés rurales et les bidonvilles urbains⁹². Une évaluation externe a révélé des indicateurs de santé considérablement meilleurs dans la population desservie par les agentes de santé. Dans la province du Pendjab, par exemple, elles ont joué un rôle clé dans la réduction des taux de mortalité maternelle. Une étude de 2006 dans la région a indiqué une baisse de la mortalité maternelle, passant de 350 à 250 pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité infantile a également chuté, de 250 à 79 pour 100 000 naissances vivantes⁹³.

Traiter la question des grossesses non désirées par l'intermédiaire de la contraception moderne et de l'accès à des avortements sans risque

On estime que 40 % des 213 millions de grossesses annuelles dans le monde en 2012 étaient non désirées⁹⁴, que 50 % d'entre elles ont débouché sur un avortement⁹⁵, dont la moitié aurait été à risque⁹⁶. Pour éliminer les risques posés par les grossesses non désirées et les avortements non médicalisés, les filles et les femmes doivent disposer d'une information à la contraception, ainsi que de conseils, produits et services, et être en mesure de prévoir leurs grossesses⁹⁷. Les filles et les femmes ont également besoin d'un accès à des soins après avortement de qualité afin que toute complication suite à un avortement non médicalisé ou incomplet puisse être prise en charge⁹⁸. Dans les contextes humanitaires, où les adolescentes et les femmes sont particulièrement vulnérables aux agressions sexuelles, l'accès à ces services revêt un caractère particulièrement essentiel⁹⁹.

➔ Pour plus d'informations à ce propos, veuillez consulter le document intitulé « Répondre à la demande de contraception moderne et de santé reproductive ».

Améliorer l'accès à, et la pratique contraceptive moderne est la meilleure manière de réduire le nombre de grossesses non désirées et d'avortements non médicalisés. La pratique contraceptive moderne permet également l'espacement des naissances, qui à son tour contribue à diminuer les complications durant



l'accouchement et participe de l'amélioration de la santé de la femme et du bébé^{100,101}. Cependant, lorsque les méthodes contraceptives sont défectives, ou lorsque la grossesse pose un risque pour la santé de la mère, l'accès à un avortement sans risque et légal est essentiel à la réduction de la morbi-mortalité maternelle¹⁰². La libéralisation des lois sur l'avortement et l'amélioration de l'accès à des services d'avortement sans risque doivent être des priorités là où l'avortement est encore fortement restreint, voire illégal¹⁰³. Dans les pays tels que le Népal, l'Afrique du Sud et la Tunisie, le lien entre la légalisation de l'avortement et la baisse de la mortalité maternelle est établi^{104,105}.

Là où les services d'avortement sans risque existent, les communautés doivent pouvoir savoir où se les procurer, et ces services doivent être abordables. Dans les pays où l'avortement demeure fortement restreint, et de ce fait souvent non médicalisé, les services de soins après avortement (SAP) doivent être renforcés et des efforts doivent être déployés pour sensibiliser à leur existence. La peur de la stigmatisation peut décourager les femmes, et particulièrement les adolescentes, de chercher à se procurer des soins pour des complications suite à un avortement. Les prestataires de SAP doivent être formé-e-s non seulement aux techniques et interventions adéquates, mais devraient également savoir offrir des services exempts de jugement, confidentiels et adaptés aux adolescent-e-s/jeunes, services qui devraient inclure des conseils sur la contraception. Il a été démontré que la prestation de services de contraception avec les services de SAP augmente la pratique contraceptive, réduisant de ce fait les grossesses non désirées et les avortements répétés¹⁰⁶.

Dans les pays où l'avortement est légal, les actions suivantes contribuent à promouvoir l'accès à l'avortement sans risque¹⁰⁷ :

- enregistrer les médicaments essentiels et assurer la disponibilité des fournitures nécessaires aux services d'avortement sans risque ;
- former les prestataires aux méthodes d'avortement sans risque validées par l'OMS, dont l'aspiration intra-utérine pour l'avortement chirurgical et le misoprostol pour l'avortement médicamenteux ; et
- garantir que l'avortement soit économiquement abordable, légal, confidentiel pour toutes les femmes, sans restriction d'âge ou de statut marital.

➔ *Pour plus d'information, veuillez consulter le document intitulé « Respecter, protéger et assurer la santé et les droits sexuels ».*

Étude de cas : L'impact de la réforme légale sur la disponibilité de l'avortement en Afrique du Sud

L'avortement a été légalisé en 1996 en Afrique du Sud, ce qui a donné lieu à une baisse significative du nombre d'infections et d'hospitalisations de femmes ayant subi un avortement non médicalisé, et particulièrement de jeunes femmes¹⁰⁸. Une étude des données nationales révèle que la mortalité en lien avec l'avortement a chuté de plus de 90 % entre 1994 et 2001¹⁰⁹.

Fournir une éducation, un conseil et un soutien à la nutrition maternelle et néonatale, et promouvoir l'allaitement exclusif

Il est important, du fait de la nature intergénérationnelle de la malnutrition, de reconnaître la valeur de l'éducation, du conseil et des services de soutien à la nutrition en tant qu'outils efficaces de promotion de la santé maternelle et néonatale, et d'amélioration générale de la santé et du bien-être. Lorsque des filles et des femmes mal nourries sont enceintes, les conséquences peuvent être extrêmement néfastes¹¹⁰. Un manque de nutrition adéquate peut entraîner la naissance de bébés en insuffisance pondérale qui seront alors à risque d'être en mauvaise santé toute leur vie, avec des conséquences à long terme¹¹¹. Il est estimé, aujourd'hui, qu'un quart des enfants de moins de cinq ans dans le monde souffre de malnutrition chronique¹¹². Ce chiffre est encore plus élevé dans les pays à revenu faible à intermédiaire, tels que l'Inde, l'Indonésie et le Guatemala, où plus d'un tiers des filles et des garçons à l'échelle nationale, et près de 80 % d'entre elles et eux dans certaines régions, accusent des retards de croissance¹¹³. Une alimentation adéquate au cours des 1 000 premiers jours de la vie d'un bébé, à partir du début de la grossesse de la mère, est essentielle¹¹⁴. Cette fenêtre d'opportunité de 1 000 jours peut peser très fortement sur la croissance et la capacité de l'enfant à apprendre¹¹⁵, car l'alimentation au cours de la petite enfance, et la stimulation précoces ainsi que les programmes d'apprentissage mènent vers une scolarité prolongée, de meilleurs résultats d'apprentissage, des salaires plus élevés à l'âge adulte et un accès à des possibilités de travail décent¹¹⁶.

Un risque élevé de malnutrition, de décès et de maladie au cours de la période postnatale est en lien avec de mauvaises pratiques d'alimentation. Bien que les bénéfices de l'allaitement précoce et exclusif pendant les six premiers mois de la vie aient été démontrés, un tiers seulement des bébés en Afrique subsaharienne, par exemple, est allaité exclusivement¹¹⁷. Ce fait est lié à un manque de sensibilisation aux pratiques d'alimentation optimales et à un manque de soutien de la part des prestataires des soins de santé, des membres de la communauté et des familles. Les bébés qui ne sont pas allaités au cours de leur première heure de vie, et de manière exclusive pendant six mois, ont un risque plus élevé de décès, notamment dû aux infections¹¹⁸. Il est ainsi crucial que les prestataires de soins de santé et membres des communautés qui conseillent les nouvelles mères soient éduqué-e-s et doté-e-s des compétences et des connaissances nécessaires à la promotion et au soutien de la nutrition maternelle et des avantages des pratiques d'allaitement optimales¹¹⁹. Une attention spéciale et un soutien relatif à l'allaitement doivent également être apportés aux bébés ayant un faible poids à la naissance et à leurs mères, aux mères séropositives, ainsi qu'aux bébés né-e-s dans des contextes d'urgence¹²⁰. Il est ainsi absolument essentiel de s'assurer que les prestataires de soins de santé, ainsi que les membres des communautés qui conseillent souvent les nouvelles mères sur les soins à prodiguer au nourrisson, disposent d'informations précises sur les avantages de l'allaitement et soient formé-e-s et doté-e-s des capacités à promouvoir et soutenir la nutrition maternelle et les pratiques recommandées de l'allaitement. Du fait de l'absence de dispositions relatives à la protection de la maternité, de nombreuses femmes qui retournent au travail après un accouchement arrêtent d'allaiter partiellement, ou complètement, car elles n'ont plus suffisamment de temps, ou ne disposent pas d'un endroit adéquat, pour allaiter, tirer leur lait et l'entreposer¹²¹. Assurer des conditions adéquates sur le lieu de travail, telles que des congés maternité rémunérés, des arrangements de travail à temps partiel, une garde d'enfant sur le lieu du travail, des installations propres et sûres permettant aux femmes de tirer leur lait en toute intimité, et de l'entreposer, ou des pauses permettant d'allaiter, peuvent contribuer à cela¹²².

Une récente étude du Lancet estime que les coûts de promotion de l'allaitement sont relativement faibles. Pour les 34 pays où vivent 90 % des enfants accusant des retards de croissance, une couverture élargie de promotion de l'allaitement précoce, exclusif et continu par le biais de l'éducation et de compléments alimentaires coûterait environ 175 \$ par année de vie épargnée¹²³.

Étude de cas : Généraliser l'allaitement au Bangladesh

Les avantages à long terme de l'allaitement sur la santé des nourrissons et de leurs mères sont loués depuis bien longtemps. Au cours des six à huit dernières années, l'allaitement exclusif au Bangladesh a augmenté de 13 %. Cette réussite a été attribuée à la mobilisation communautaire et à la sensibilisation par les médias de l'importance de l'allaitement, ainsi qu'à une formation complète des agent-e-s de santé. Cette formation vise à créer un système de soutien dans les établissements de santé, qui constitue une ressource vitale pour une éducation positive à la nutrition. Le Bangladesh a également mis à profit l'expérience technique stratégique de nombreuses parties prenantes – dont la société civile, l'Unicef et l'initiative Alive and Thrive – ainsi que les données probantes et bonnes pratiques existantes et a œuvré sur l'ensemble des secteurs de manière à formuler un message et une pratique uniformes autour de la promotion de l'allaitement¹²⁴.



SECTION 3 : AVANTAGES DE L'INVESTISSEMENT

Si toutes les filles et les femmes avaient accès à la contraception moderne et à toute la gamme de services de santé maternelle et néonatale, les décès maternels chuteraient d'environ 73 % et les décès néonataux de 80 %¹²⁵.

Les investissements en santé maternelle, néonatale et reproductive sont des investissements judicieux. Non seulement ils sauvent des vies, mais ils augmentent les avantages tant sociaux qu'économiques pour les nations en développement¹²⁶. Chaque dollar consenti à des interventions de promotion de la contraception et de soins de santé maternelle et néonatale hautement qualitatifs à l'échelle mondiale entraînerait 120 \$ de bénéfices¹²⁷. Au vu de l'importance du rôle que jouent les filles et des femmes dans les économies nationales et mondiale, s'assurer qu'elles sont en bonne santé signifie qu'elles sont plus susceptibles d'économiser, d'investir et de créer de meilleures opportunités pour elles-mêmes, leurs familles, leurs communautés et leurs sociétés. À l'inverse, de mauvais résultats de santé causés par des décès maternels, des invalidités et une alimentation inadéquate influencent négativement l'économie et épuisent les revenus des familles.

Il a été démontré qu'en Afrique et en Asie, une hausse de 11 % du produit intérieur brut est atteignable en éradiquant la sous-nutrition¹²⁸, et que la généralisation des interventions sur la nutrition ciblées sur les femmes et les jeunes enfants entraîne un rendement de 16 \$ pour tout dollar investi^{129,130}. Les enfants qui sont mal nourris au cours des 1 000 premiers jours de leurs vies sont plus susceptibles de contracter des maladies infectieuses et d'avoir des capacités cognitives réduites. De ce fait, la sous-nutrition précoce est un élément qui peut très fortement contraindre la croissance économique des pays¹³¹.

Au cours des deux premières années de la vie d'un enfant, l'allaitement optimal limite le risque qu'il décède et réduit l'impact négatif à long terme d'une mauvaise alimentation. L'allaitement et une alimentation adéquate peuvent également réduire le risque d'hypertension artérielle et de cholestérol, d'obésité, de diabète, de certaines formes d'asthme chez l'enfant et de cancers^{133,134}. Supplémenter les femmes en micronutriments peut garantir des grossesses saines, éviter l'anémie, améliorer la croissance du fœtus et contribuer à la naissance de bébés au poids sain¹³⁵. Les micronutriments sont importants pour la santé du bébé, mais le sont également pour l'état général de santé et de bien-être des filles et des femmes.

La recherche a démontré que l'impact des décès maternels dans les familles, et particulièrement sur les enfants orphelin-e-s de mère, peut être désastreux¹³⁶. La mortalité maternelle a des répercussions sur la stabilité financière des autres membres du ménage et met l'éducation future des enfants en péril¹³⁷.

Il a également été démontré que les nouveau-nés dont la mère décède au cours de l'accouchement ont bien moins de chances d'atteindre leur premier anniversaire que ceux dont la mère survit à l'accouchement¹³⁸. Parmi les orphelines de mère depuis l'accouchement, les taux de décrochage scolaire et de mariages précoces sont très élevés, ce qui vient renouveler le cycle de la pauvreté pour la génération suivante¹³⁹.

SECTION 4 : APPELS À L'ACTION

L'immense majorité des décès maternels et néonataux peut être évitée par le biais d'interventions connues dans le cadre d'un continuum de soins. L'accès à des soins et une nutrition maternels et néonataux sont bénéfiques non seulement à la femme et à l'enfant, mais leurs impacts se font ressentir sur les familles, communautés et sociétés tout entières. Pour contribuer au progrès pour tout le monde, de nombreuses parties prenantes doivent collaborer – les gouvernements, la société civile, le monde universitaire, les médias, les populations concernées, les Nations unies et le secteur privé – de manière à mener les actions suivantes, en faveur des filles et des femmes :

- Garantir l'accès à des soins qualitatifs et abordables avant, pendant et après la grossesse – dont des soins de pratique de sage-femme et d'obstétrique, la contraception moderne, l'avortement médicalisé et des soins après avortement.
(Concerne avant tout : la société civile, les gouvernements, les Nations unies et le secteur privé)
- Garantir que les soins qualitatifs incluent ceux de pratique de sage-femme et d'obstétrique, la planification familiale, l'avortement sans risque et les soins après avortement.
(Concerne avant tout : la société civile, les gouvernements, les Nations unies et le secteur privé)
- Répondre au besoin non satisfait de contraception moderne des filles et des femmes.
(Concerne avant tout : la société civile, les gouvernements, les Nations unies et le secteur privé)
- Soutenir la prévention, le dépistage et le traitement des principaux défis rencontrés pendant la grossesse, tels que l'obésité, le diabète gestationnel et

NOTES DE FIN

- ¹ Alkema, Leontine. "Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." *The Lancet* 387.10017 (2016): 462-74. *The Lancet*. Web. <[http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/fulltext)>.
- ² "Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health." World Health Organization. 2011. Web. <http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf>.
- ³ Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. World Health Organization, 2013. Web. 20 Apr. 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84409/1/9789241505550_eng.pdf>. "State of the World's Mothers." Save the Children. 2012. Web. <<http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/STATE-OF-THE-WORLDS-MOTHERS-REPORT-2012-FINAL.PDF>>.
- ⁴ "State of the World's Mothers." Save the Children. 2012. Web. <<http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/STATE-OF-THE-WORLDS-MOTHERS-REPORT-2012-FINAL.PDF>>.
- ⁵ "Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division." World Health Organization. 2015. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1>.
- ⁶ "Committing to Child Survival: A Promise Renewed." UNICEF. 2015. Web. <<http://www.apromiserenewed.org/wp-content/uploads/2016/01/APR-Report-2015-e-version.pdf>>.
- ⁷ Greater Investments Needed to Meet Women's Sexual and Reproductive Health Needs in Developing Regions." Guttmacher Institute. N.p., 29 June 2017. Web. 29 June 2017. <<https://www.guttmacher.org/news-release/2017/greater-investments-needed-meet-womens-sexual-and-reproductive-health-needs>>.
- ⁸ Hardee, Karen, et al. "Maternal Morbidity: Neglected Dimension of Safe Motherhood in the Developing World." *Global Public Health*, 7,6 (2012): 603–617. Web. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396379/>>.
- ⁹ "Maternal Health." UNFPA. Web. 23 Mar. 2016. <<http://www.unfpa.org/maternal-health>>.
- ¹⁰ "Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division." World Health Organization. 2015. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1>.
- ¹¹ Say, Lale, et al. "Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis." *The Lancet Global Health* 2.6 (2014): E323-333. June 2014. Web. <[http://thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)>.



- ¹² Graham W, Woodd S, Byass P, et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*. 2016. Web. <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31533-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31533-1)>
- ¹³ Interagency list of medical devices for essential interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. World Health Organization, 2015. Web. <http://www.who.int/medical_devices/md_maternal_v12_web.pdf>.
- ¹⁴ Water, Sanitation and Hygiene - the Impact on RMNCH. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, 2014. Web. <<http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks30.pdf?ua=1>>.
- ¹⁵ "A Universal Truth: No Health Without a Workforce." Global Health Workforce Alliance Secretariat and the World Health Organization. 2014. Web. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf>.
- ¹⁶ Rich Mother, Poor Mother: The Social Determinants of Maternal Death and Disability. Fact sheet. UNFPA, Dec. 2012. Web. <<https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>>.
- ¹⁷ Maternal Health: An Executive Summary for the Lancet Series. *Lancet*. 2016. Web. <<http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-summ.pdf>>
- ¹⁸ The Millennium Development Goals Report 2014. United Nations, 2014. Web. <<http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>>.
- ¹⁹ The Millennium Development Goals Report 2014. United Nations, 2014. Web. <<http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>>.
- ²⁰ "Maternal Mortality Fact Sheet No. 348." World Health Organization. Nov. 2015. Web. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>.
- ²¹ "Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities Status in Low- and Middle-income Countries and Way Forward." World Health Organization, UNICEF, 2015. Web. 29 Aug. 2016. <http://www.washinhc.org/fileadmin/user_upload/documents/WASH_in_health_care_facilitiesReview_2015.pdf>.
- ²² "Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities Status in Low- and Middle-income Countries and Way Forward." World Health Organization, UNICEF, 2015. Web. 29 Aug. 2016. <http://www.washinhc.org/fileadmin/user_upload/documents/WASH_in_health_care_facilitiesReview_2015.pdf>.
- ²³ "Adolescents: Health Risks and Solutions." Geneva: World Health Organization, 2017. Web. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>>.
- ²⁴ Darroch, Jacqueline E., et al. ADDING IT UP: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. Guttmacher Institute, May 2016. Web. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf>.
- ²⁵ Rawe, Kathryn. "Every Woman's Right: How family planning saves children's lives." London: Save the Children, 2012. Web. 29 Mar. 2016. <[http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Every%20Woman's%20Right%20low%20res%20\(2\).pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Every%20Woman's%20Right%20low%20res%20(2).pdf)>.
- ²⁶ "Report to the World Health Assembly 16 March 2012, Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries." World Health Organization. 2011. Web. <http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf>.
- ²⁷ Gibbs, Cassandra M., et al. "The Impact of Early Age at First Childbirth on Maternal and Infant Health." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 26 (2012). Web. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562289/>>.
- ²⁸ Gibbs, Cassandra M., et al. "The Impact of Early Age at First Childbirth on Maternal and Infant Health." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 26 (2012). Web. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562289/>>.
- ²⁹ Education transforms lives. United Nations Education, Scientific and Cultural Organization. 2013. Web. <<unesdoc.unesco.org/images/0022/002231/223115E.pdf>>
- ³⁰ "Maternal Nutrition During Pregnancy and Lactation." LINKAGES: Breastfeeding, LAM, Related Complementary Feeding, and Maternal Nutrition Program and the Child Survival Collaborations and Resources (CORE) Nutrition Working Group. Aug. 2004. Web. <http://www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/MaternalNutritionDietaryGuide_AED.pdf>.
- ³¹ Good Maternal Nutrition: The best start in life. World Health Organization, 2016. Web. <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/313667/Good-maternal-nutrition-The-best-start-in-life.pdf?ua=1>.
- ³² "Micronutrient Deficiencies." World Health Organization. 2016. Web. <<http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/>>.
- ³³ Black, RE, et al. "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries." *The Lancet* 382.9890 (2013): 427-51. Web. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>>.
- ³⁴ "Newborn death and illness." The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. World Health Organization, Sep. 2011. Web. <http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborndeath_illness/en/>.
- ³⁵ Abu-Saad, Kathleen, and Drora Fraser. "Maternal Nutrition and Birth Outcomes." *Epidemiologic Reviews* 32.1 (2010): 5-25. 17 Mar. 2010. Web. <<https://academic.oup.com/epirev/article-lookup/doi/10.1093/epirev/mxq001>>.
- ³⁶ Levels and trends in child malnutrition. UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. 2016. Key findings of the 2016 edition. Web. <<http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2015/en/>>.
- ³⁷ Hod, Moshe, et al. "The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on Gestational Diabetes Mellitus: A Pragmatic Guide for Diagnosis, Management and Care." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131 Supplement 3 (2015). Web. <http://www.ijgo.org/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/ijg/FIGO_Initiative_on_GDM.pdf>.
- ³⁸ Dror, Daphna K., and Lindsay H. Allen. "Vitamin D inadequacy in pregnancy: biology, outcomes, and interventions." *Nutrition Reviews* 68.8 (2010): 465-77. 7 Oct. 2014. Web. <<https://academic.oup.com/nutritionreviews/article-abstract/68/8/465/1842075/Vitamin-D-inadequacy-in-pregnancy-biology-outcomes?redirectedFrom=fulltext>>.
- ³⁹ Sohlberg, Sara, et al. "Maternal Body Mass Index, Height, and Risks of Preeclampsia." *American Journal of Hypertension* 25.1 (2012): 120-25. 1 Jan. 2012. Web. <<https://academic.oup.com/ajh/article-lookup/doi/10.1038/ajh.2011.175>>.
- ⁴⁰ Say, Lale, et al. "Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis." *The Lancet Global Health* 2.6 (2014): E323-333. Jun. 2014. Web. <[http://thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)>.
- ⁴¹ Hodgins, Stephen. "Pre-eclampsia as Underlying Cause for Perinatal Deaths: Time for Action." *Global Health: Science and Practice* 3.4 (2015): 525-27. Dec. 2015. Web. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4682577/>>. Black, RE, et al.
- ⁴² Singh, Susheela, et al. "Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014." Guttmacher Institute and UNFPA. 2014. Web. <<https://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2014.pdf>>.
- ⁴³ "Preventing unsafe abortion." Jul. 2015. Web. 29 Mar. 2016. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>>.
- ⁴⁴ Ibid.
- ⁴⁵ Grimes, David A, et al. "Unsafe abortion: the preventable pandemic." *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series* (2006): n. pag. Oct. 2006. Web. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/article_unsafe_abortion.pdf>.
- ⁴⁶ "Preventing unsafe abortion." Jul. 2015. Web. 29 Mar. 2016. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>>. Ibid.
- ⁴⁷ "HIV and AIDS and Maternal Health Integration." USAID. 2 Feb. 2016. Web. <<https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/hiv-and-aids/technical-areas/hiv-and-aids-and-maternal-health-integration>>.
- ⁴⁸ "Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division." World Health Organization. 2015. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1>.
- ⁴⁹ "How AIDS Changed Everything. MDG6: 15 Years, 15 Lessons of Hope from the AIDS Response." UNAIDS. 2015. Web. <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf>.
- ⁵⁰ Ibid.
- ⁵¹ HRP Annual Report 2016. WHO Department of Reproductive Health and Research including the UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). 2016. Web. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255768/1/WHO-RHR-HRP-17.06-eng.pdf?ua=1>>.
- ⁵² Ibid.
- ⁵³ "The Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescent's Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform." *Every Woman Every Child*. 2015. Web. <<http://who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>>.
- ⁵⁴ Ibid.
- ⁵⁵ "Maternal Mortality in Humanitarian Crises and in Fragile Setting." UNFPA. Web. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MMR_in_humanitarian_settings-final4_0.pdf>.
- ⁵⁶ "The Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescent's Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform." *Every Woman Every Child*. 2015. Web. <<http://who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>>.
- ⁵⁷ "Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health." World Health Organization. 2011. Web. <http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf>.
- ⁵⁸ Ibid.
- ⁵⁹ "Care of the Preterm and/or Low-Birth-Weight Newborn." World Health Organization. 2016. Web. <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/>.
- ⁶⁰ "Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health." World Health Organization. 2011. Web. <http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf>.
- ⁶¹ Ibid.
- ⁶² Knowledge Summary: Water, sanitation and hygiene - the impact on RMNCH. Rep. no. 30. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, 2014. Web. <<http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks30.pdf?ua=1>>.
- ⁶³ Knowledge Summary: Women's & Children's Health: Human Rights & Accountability. Rep. no. 23. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, 2013. Web. <http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/KS23_human_rights.pdf>.
- ⁶⁴ "The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-Based Childbirth." World Health Organization. 2015. Web. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/>>



- WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1>.
- 65 "Midwifery: An Executive Summary for The Lancet's Series." The Lancet. Jun. 2014. Web. <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf>.
- 66 Greater Investments Needed to Meet Women's Sexual and Reproductive Health Needs in Developing Regions." Guttmacher Institute. N.p., 29 June 2017. Web. 29 June 2017. <<https://www.guttmacher.org/news-release/2017/greater-investments-needed-meet-womens-sexual-and-reproductive-health-needs>>.
- 67 Haththotuwa, Rohana, et al. "Models of Care that Have Reduced Maternal Mortality and Morbidity in Sri Lanka." International Journal of Gynecology and Obstetrics 119 Supplement 1 (2012):S45-S49. Web. <https://www.researchgate.net/publication/230655535_Models_of_care_that_have_reduced_maternal_mortality_and_morbidity_in_Sri_Lanka>.
- 68 Van Lerberghe, Wim et al. "Country Experience with Strengthening of Health Systems and Deployment of Midwives in Countries with High Maternal Mortality." The Lancet 384.9949 (2014): 1215-1225. Web. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(2014\)2960919-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(2014)2960919-3/fulltext)>.
- 69 Guyon, Agnes. "Can Trained Traditional Midwives Become Agents of Change for Nutrition?" The Pump. John Snow, Inc., 11 Apr. 2016. Web. <<http://thepump.jsi.com/can-trained-traditional-midwives-become-agents-of-change-for-nutrition/>>.
- 704 Renfrew, Mary, et al. "Midwifery and Quality Care: Findings from a New Evidence-Informed Framework for Maternal and Newborn Care." The Lancet 384.9948 (2014):1129-1145. Web. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/fulltext)>.
- 71 Mason, Frances, Kathryn Rawe, and Simon Wright. Superfood for Babies: How overcoming barriers to breastfeeding will save children's lives. Save the Children, 2013. Web. <<http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SUPERFOOD%20FOR%20BABIES%20ASIA%20LOW%20RES%28%29.PDF>>.
- 72 Rollins, Nigel C., et al. "Why Invest, and What it Will Take to Improve Breastfeeding Practices? The Lancet 387 (2016): 491-504. Web. <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01044-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01044-2.pdf)>.
- 73 Ibid.
- 74 World Health Organization. 10 facts on breastfeeding. 2015. Web. . <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>>.
- 75 The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health. UNFPA, 2014. Web. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMY2014_complete.pdf>.
- 76 Campbell, J, et al. "A universal truth: No health without a workforce." Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013.
- 77 Liljestrand, Jerker and Mean Reatanak Sambath. "Socio-economic Improvements and Health System Strengthening of Maternity Care are Contributing to Maternal Mortality Reduction in Cambodia." Reproductive Health Matters 20.39 (2012): 62-72. Web. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789083>>.
- 78 Ibid.
- 79 Hor, Darith, et al. "Cambodia Demographic & Health Survey 2010." National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro. Sep. 2011. Web. <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR249/FR249.pdf>>.
- 80 Liljestrand, Jerker and Mean Reatanak Sambath. "Socio-economic Improvements and Health System Strengthening of Maternity Care are Contributing to Maternal Mortality Reduction in Cambodia." Reproductive Health Matters 20.39 (2012): 62-72. Web. <[http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(12\)39620-1/pdf](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(12)39620-1/pdf)>.
- 81 Hor, Darith, et al. "Cambodia Demographic & Health Survey 2010." National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro. Sep. 2011. Web. <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR249/FR249.pdf>>.
- 82 Lassi, ZS and ZA Bhutta. "Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes." Cochrane Database Syst Rev. 3 (2015): CD007754. Web. 29 Mar. 2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25803792>>.
- 83 Ibid.
- 84 "Discussion Paper: A Social Determinants Approach to Maternal Health." UNDP. 19 Oct. 2011. Web. <<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/Discussion%20Paper%20MaternalHealth.pdf>>.
- 85 World Health Organization. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. (2010) Web. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual_rh_humanitarian_settings.pdf>
- 86 "The Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescent's Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform." Every Woman Every Child. 2015. Web. <<http://who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>>.
- 87 Nsiband, Duduzile, et al. "Assessment of the Uptake of Neonatal and Young Infant Referrals by Community Health Workers to Public Health Facilities in an Urban Informal Settlement, KwaZulu-Natal, South Africa." BMC Health Services Research (2013). Web. <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-47>>.
- 88 Andersen, Kathryn, et al. "Early Pregnancy Detection by Female Community Health Volunteers in Nepal Facilitated Referral for Appropriate Reproductive Health Services." Global Health: Science and Practice 1.3 (2013): 372-381. Web. <<http://www.ghsjournal.org/content/1/3/372.short>>.
- 89 "Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems." World Health Organization and Global Health Workforce Alliance. 2010. Web. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf?ua=1>.
- 90 Prost, Audrey, et al. "Women's Groups Practicing Participatory Learning and Action to Improve Maternal and Newborn Health in Low-Resource Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis." The Lancet 381 (2014): 1736-46. Web. <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60685-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60685-6.pdf)>.
- 91 "Country Case Study: Pakistan's Lady Health Worker Programme." World Health Organization. n.d. Web. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/case_studies/CS_Pakistan_web_en.pdf?ua=1>.
- 92 Ibid.
- 93 Ibid.
- 94 Sedgh, Gilda, Susheela Singh, and Rubina Hussain. "Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends." Studies in Family Planning 45.3 (2014): 301-194. Guttmacher Institute. 2014. Web. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/j.1728-4465.2014.00393.x.pdf>.
- 95 Ibid.
- 96 Sedgh, G. "Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008." The Lancet 379.9816 (2012): 625-632. Web. <<https://www.guttmacher.org/pubs/journals/Sedgh-Lancet-2012-01.pdf>>.
- 97 Singh, Susheela and Jacqueline E. Darroch. "Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012. Guttmacher Institute and UNFPA. Jun. 2012. Web. <<https://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>>.
- 98 Singh, Susheela, et al. "Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014." Guttmacher Institute and UNFPA. 2014. Web. <<https://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2014.pdf>>.
- 99 "The Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescent's Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform." Every Woman Every Child. 2015. Web. <<http://who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>>.
- 100 Kozuki, Naoko, and Neff Walker. "Exploring the association between short/long preceding birth intervals and child mortality: using reference birth interval children of the same mother as a comparison." BMC Public Health 13(Suppl 3):S6 (2013): n. pag. 17 Sep. 2013. Web. <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-S3-S6>>.
- 101 Conde-Agudelo, Agustin, et al. "Effects of Birth Spacing on Maternal, Perinatal, Infant, and Child Health: A Systematic Review of Causal Mechanisms." Studies in Family Planning 43.2 (2012): 93-114. 4 Jun. 2012. Web. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2012.00308.x/abstract>>.
- 102 Singh, Susheela, et al. "Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014." Guttmacher Institute and UNFPA. 2014. Web. <<https://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2014.pdf>>.
- 103 Cohen, Susan A. "Access to Safe Abortion in the Developing World: Saving Lives While Advancing Rights." Guttmacher Policy Review 15.3 (2012): n. pag. Guttmacher Institute. 17 Oct. 2012. Web. <<https://www.guttmacher.org/gpr/2012/10/access-safe-abortion-developing-world-saving-lives-while-advancing-rights>>.
- 104 Ibid.
- 105 Coeytaux, Francine. "Contraception Editorial February 2011: Reducing Maternal Mortality: A Global Imperative." Contraception 83 (2011) 95-98. Web. <<https://www.arhp.org/UploadDocs/journaleditorialfeb2011.pdf>>.
- 106 Post-abortion Family Planning: Strengthening the Family Planning Component of Post-abortion Care." Family Planning High Impact Practices and USAID. Nov. 2012. Web. <https://www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/hip_pac_brief.pdf>.
- 107 "Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, Second edition." World Health Organization. 2012. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf>.
- 108 Jewkes, Rachel, et al. "The Impact of Age on the Epidemiology of Incomplete Abortions in South Africa after Legislative Change." BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology 112 (2005): 355-359. Web. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2004.00422.x/epdf>>.
- 109 Ibid.
- 110 "Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data, Policy, and Programmatic Support for Newborn Care in Africa." The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. n.d. Web. <<http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>>.
- 111 Ibid.
- 112 World Bank. Snapshot: Investing in the early years for growth and productivity. 2016. Web. <<http://documents.worldbank.org/curated/en/276471475756836740/Snapshot-investing-in-the-early-years-for-growth-and-productivity>>.
- 113 Ibid.
- 114 "State of the World's Mothers." Save the Children. 2012. Web. <<http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/STATE-OF-THE-WORLDS->



MOTHERS-REPORT-2012-FINAL.PDF>.

- ¹¹⁵ Ibid.
- ¹¹⁶ World Bank. Snapshot: Investing in the early years for growth and productivity. 2016. Web. <http://documents.worldbank.org/curated/en/276471475756836740/Snapshot-investing-in-the-early-years-for-growth-and-productivity>.
- ¹¹⁷ THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2014 IN NUMBERS: Revealing disparities, advancing children's rights. UNICEF, Jan. 2014. Web. <https://www.unicef.org/sowc2014/numbers/documents/english/SOWC2014_In%20Numbers_28%20Jan.pdf>.
- ¹¹⁸ "Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data, Policy, and Programmatic Support for Newborn Care in Africa." The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. n.d. Web. <<http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>>. Ibid.
- ¹¹⁹ Rollins, Nigel C., et al. "Why Invest, and What it Will Take to Improve Breastfeeding Practices?" The Lancet 387 (2016): 491-504. Web. <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01044-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01044-2.pdf)>.
- ¹²⁰ Ibid.
- ¹²¹ World Health Organization. 10 facts on breastfeeding. 2015. Web. <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>>.
- ¹²² Ibid.
- ¹²³ Bhutta, Zulfiqar A, et al. "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" The Lancet 382.9890 (2013): 452-77. 3 Aug. 2013. Web. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60996-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60996-4/fulltext)>.
- ¹²⁴ Rollins, Nigel C., et al. "Why Invest, and What it Will Take to Improve Breastfeeding Practices?" The Lancet 387 (2016): 491-504. Web. <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01044-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01044-2.pdf)>.
- ¹²⁵ Greater Investments Needed to Meet Women's Sexual and Reproductive Health Needs in Developing Regions." Guttmacher Institute. N.p., 29 June 2017. Web. 29 June 2017. <<https://www.guttmacher.org/news-release/2017/greater-investments-needed-meet-womens-sexual-and-reproductive-health-needs>>.
- ¹²⁶ "Focus on Five Women's Health and the MDGs." Women Deliver. 2010. Web. <<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Focus-on-5.pdf>>.
- ¹²⁷ Note that the target year indicated by the authors for satisfying unmet need for modern contraception is 2040. Kohler, Hans-Peter and Jere R. Behrman, Population and Demography Assessment Paper: Benefits and Costs of the Population and Demography Targets for the Post- 2015 Development Agenda: Copenhagen Consensus Center. 2014. Web. <http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/population_assessment_-_kohler_behrman_0.pdf>
- ¹²⁸ Horton, Sue and Richard H. Steckel. "Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1990-2000 and Projections to 2050." Copenhagen Consensus on Human Challenges. 2011. Web. <<http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/malnutrition.pdf>>.
- ¹²⁹ Haddad, Lawrence, et al. "Global Nutrition Report: Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition." International Food Policy Research Institute. 2014. Web. <<http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/128484>>.
- ¹³⁰ Bhutta, Zulfiqar A, et al. "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" The Lancet 382.9890 (2013): 452-77. 3 Aug. 2013. Web. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60996-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60996-4/fulltext)>.
- ¹³¹ "State of the World's Mothers." Save the Children. 2012. Web. <<http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/STATE-OF-THE-WORLDS-MOTHERS-REPORT-2012-FINAL.PDF>>.
- ¹³² Black, RE, et al. "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries." The Lancet 382.9890 (2013): 427-51. Web. 29 Mar. 2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>>.
- ¹³³ "Breastfeeding." UNICEF. 29 Jul. 2015. Web. <http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html>.
- ¹³⁴ Rollins, Nigel C., et al. "Why Invest, and What it Will Take to Improve Breastfeeding Practices?" The Lancet 387 (2016): 491-504. Web. <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01044-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01044-2.pdf)>. et al.
- ¹³⁵ "Micronutrients." UNICEF. 23 Dec. 2015. Web. <https://www.unicef.org/nutrition/index_iodine.html>.
- ¹³⁶ Belizan, Jose and Suellen Miller. "True Costs of Maternal Death." Reproductive Health 12 Supplement 1 (2015). Web. <<http://www.reproductive-health-journal.com/supplements/12/S1>>.
- ¹³⁷ Ibid.
- ¹³⁸ Moucheraud, Corrina, et al. "Consequences of maternal mortality on infant and child survival: a 25-year longitudinal analysis in Butajira Ethiopia (1987-2011)." Reproductive Health 12 Supplement 1 (2015). Web. <<http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-12-S1-S4>>.
- ¹³⁹ Belizan, Jose and Suellen Miller. "True Costs of Maternal Death." Reproductive Health 12 Supplement 1 (2015). Web. <<http://www.reproductive-health-journal.com/supplements/12/S1>>.

