

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION RÉGIONAUX SUR LA SANTÉ NÉONATALE DANS LE CONTEXTE DES SOINS APPORTÉS À LA MÈRE, AU NOUVEAU-NÉ ET À L'ENFANT

48^e Conseil Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé
60^e Session Du Comité Régional

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé

Au document approuvé par le 48e Conseil directeur ont été ajoutées 8 figures élaborées par la Division de la santé du nouveau-né, des enfants et des jeunes et par la Division de la santé familiale et communautaire (FCH/CH) ainsi que le prologue de la Directrice.

Cette publication a été possible grâce au soutien du Bureau régional de développement durable, Bureau pour l'Amérique latine et les Caraïbes de l'Agence des États-Unis pour le développement international, selon les modalités du Don n° 002122. Les concepts et opinions exprimés correspondent au document approuvé par le 48e Conseil directeur de l'OPS et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence des États-Unis pour le développement international, USAID.

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION RÉGIONAUX
SUR LA SANTÉ NÉONATALE DANS LE CONTEXTE
DES SOINS APPORTÉS À LA MÈRE, AU NOUVEAU-NÉ
ET À L'ENFANT

48^e Conseil Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé
60^e Session Du Comité Régional



Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008



Santé du nouveau-né, de l'enfant et de l'jeunesse
Secteur de la santé familiale et communautaire





TABLE DES MATIÈRES



Préface [7]

Introduction [8]

Mandats et initiatives au niveau mondial [10]

Analyse de la situation en Amérique latine et dans les Caraïbes [12]

Interventions dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes [15]

Approche du cycle continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant [18]

Plan d'action [19]

Le rôle de l'Organisation panaméricaine de la santé [29]

Références [30]

Anexos

Anexo A Taux de mortalité néonatale et maternelle, accouchements assistés par du personnel qualifié et pourcentage de nouveau-nés en insuffisance pondérale à la naissance [32]

Anexo B Compétences du personnel de santé communautaire et activités pour la famille et la communauté [33]

Anexo C Éléments clés pour un processus continu et opérationnel du système de soins [34]

Anexo D Différents types de soins nécessaires avant, pendant et après la grossesse, et différents niveaux de participation de la famille jusqu'à l'établissement de santé [36]

Résolution CD48.R4, Rév. 1 [38]



On estime que dans la Région des
Amériques plus de 20 000 mères
meurent pendant la grossesse
et l'accouchement et plus de
200 000 nouveau-nés meurent dans les
28 jours qui suivent la naissance.

PROLOGUE



On estime que dans la Région des Amériques plus de 20 000 mères meurent pendant la grossesse et l'accouchement et plus de 200 000 nouveau-nés meurent dans les 28 jours qui suivent la naissance. La majorité de ces décès se produisent dans la première semaine de vie, dans des zones rurales ayant un accès limité aux services de santé, et au sein des populations autochtones. Parmi les décès néonataux, 85 % sont liés à une insuffisance de poids à la naissance et la prématurité, ainsi qu'à des causes évitables telles que l'asphyxie périnatale et les infections.



Les efforts déployés par les pays de la Région se sont traduits par de meilleurs indices de santé maternelle et infantile, toutefois peu de progrès ont été enregistrés sur le plan de la réduction des décès néonataux qui représentent actuellement plus de 75 % des décès des enfants de moins d'un an, et constituent aujourd'hui encore comme un obstacle de taille pour la réalisation par la majorité des pays des Objectifs du Millénaire pour le développement n° 4 et n° 5 d'ici à 2015.

Le 48e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé a approuvé la résolution « *Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant* » et propose de soutenir les États membres dans l'élaboration de stratégies et de plans d'action nationaux, visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant.

Ce plan d'action que nous présentons ici aborde la question des inégalités persistantes, en se concentrant sur les groupes marginalisés, tout en proposant des stratégies de coopération technique et des méthodes différenciées pour répondre à des situations diverses dans les pays, et constitue le fondement des stratégies et des plans d'action futurs de l'Organisation panaméricaine de la santé relatifs à la santé du nouveau-né.

Mirta Roses Periago

Directrice

Organisation panaméricaine de la santé

Organisation mondiale de la santé

INTRODUCTION

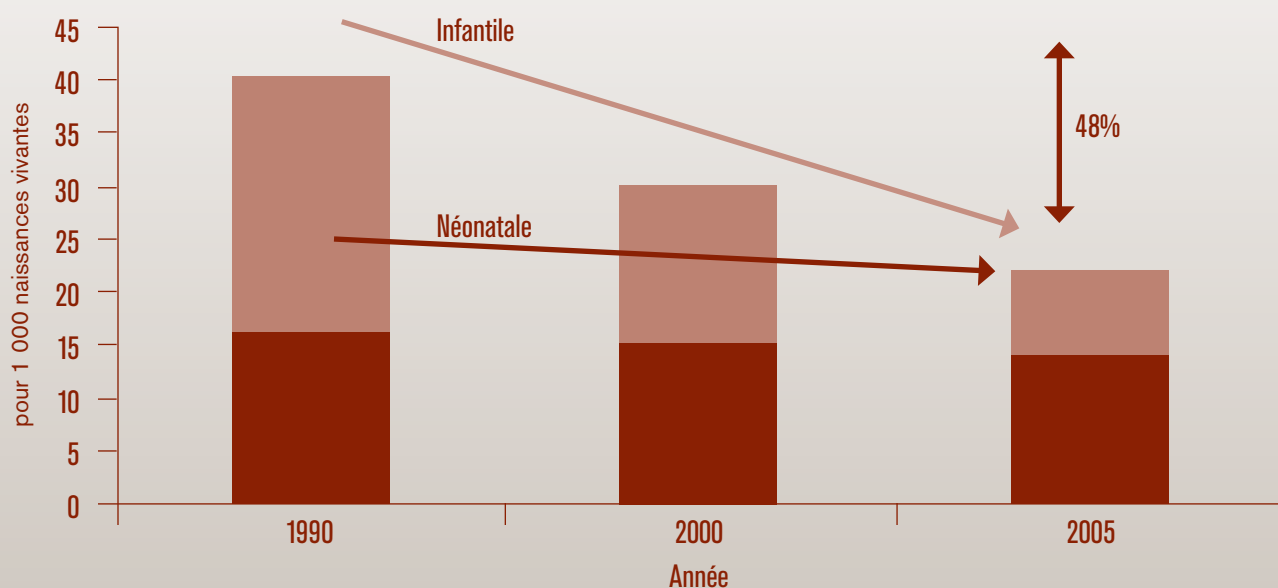


Au cours des dix dernières années, la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes (ALC) a réalisé des progrès considérables sur le plan de la réduction de la mortalité post-néonatale (mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans) ; toutefois, la diminution de la mortalité néonatale n'a pas progressé au même rythme.

L'une des caractéristiques de la Région ALC tient aux grandes différences qui existent en termes d'indicateurs de santé entre les pays et aux énormes inégalités à l'intérieur de des pays.

La plupart des pays de la Région doivent accélérer la réduction de la mortalité néonatale, pour que l'Objectif du Millénaire pour le développement en rapport avec la réduction de la mortalité des enfants soit réalisé. La figure 1 fait apparaître une réduction de 48 % de la mortalité infantile de 1990 à 2005, attribuable à la mortalité post-néonatale, toutefois on constate des progrès lents sur le plan de la tendance de la mortalité néonatale.

Figure 1 ▲ Évolution de la mortalité infantile et néonatale dans la Région des Amériques par période



Source : Estimations de FCH/CA sur la base des données de HA-OPS, 2006



Actuellement, on a connaissance d'interventions simples, ayant un fort impact, à faible coût et basées sur des preuves scientifiques solides, qui pourraient améliorer la santé néonatale même dans les environnements les plus en retard. Malheureusement, ces interventions ne sont pas encore parvenues jusqu'aux plus démunis.

Face à cette problématique, l'Organisation panaméricaine de la santé a élaboré et a coordonné un processus consultatif dans lequel, de pair avec des organisations partenaires et des représentants de presque tous les pays de la Région, l'état de la santé néonatale dans la Région a été analysé et des scénarios d'intervention ont été proposés. L'un des produits de ce processus largement participatif est le document « Réduction de la mortalité et de la morbidité néonatales en Amérique latine et dans les Caraïbes : Un consensus stratégique interinstitutionnel » (OPS/UNICEF/USAID/ACCESS/BASICS/CORE/Save the Children), qui constitue les fondements de la formulation la Stratégie et du plan d'action régionaux sur la santé du nouveau-né dans le contexte du processus continu des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant, 2008-2015.

Le présent document a pour but d'apporter des intrants techniques, tant opérationnels que stratégiques, à l'appui de l'élaboration et de l'exécution de plans opérationnels au niveau des pays. Ainsi, il donne suite à la résolution CD47.R19, La santé néonatale dans le contexte des soins de santé à la mère, au nouveau-né et à l'enfant en vue de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies, approuvée par le Conseil directeur en 2006.

A close-up, sepia-toned photograph of a woman's face, focusing on her ear and hair. A decorative, stylized leaf graphic is overlaid on the left side of the image, partially obscuring the text.

MANDATS ET INITIATIVES AU NIVEAU MONDIAL



Le lancement des *Objectifs du Millénaire pour le développement* (Nations Unies 2000), qui représentent les cibles sanitaires et de développement humain à atteindre d'ici l'année 2015, est probablement l'initiative la plus importante, dans le domaine social, de l'histoire de l'humanité. Toutes les nations membres des Nations Unies, dont les gouvernements d'Amérique latine et des Caraïbes, se sont formellement engagées à atteindre les huit Objectifs qui sont interconnectés et présentent des synergies, dont la moitié ont trait, de manière directe ou indirecte, à différents aspects de la santé publique. Le quatrième objectif engage la Communauté internationale à réduire des deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015 (Nations Unies, 2000).

La déclaration de Delhi sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, d'avril 2005, lance un appel à l'action, pour que les pays élaborent des actions visant à sauver la vie de des mères, des nouveau-nés et des enfants. À cet égard, elle recommande aux pays d'orienter leurs plans de développement et leurs budgets nationaux et infranationaux vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et infantile et, d'autre part, elle recommande aux organisations multilatérales, aux partenaires bilatéraux, aux fondations internationales et aux organisations non gouvernementales, de collaborer avec les pays.

Le 12 septembre 2005, a été lancée officiellement l'*Alliance mondiale pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*. Cette Alliance reflète l'intérêt croissant et l'attention mondiale que suscite cette question. Son objectif est d'harmoniser et d'intensifier les activités aux niveaux national, régional et mondial, à l'appui de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Au niveau régional, à partir d'avril 2005, l'Alliance pour la santé néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes a été lancée au cours d'un atelier qui s'est tenu à Washington, D.C., à l'occasion de la Journée mondiale de la santé. À cette occasion, les représentants des ministères de la santé de 16 pays ont exploré les différentes actions permettant d'améliorer la santé périnatale et néonatale

STRATÉGIES RÉGIONALES :

L'OPS/OMS a élaboré plusieurs stratégies clés, a mis en œuvre diverses initiatives et a approuvé diverses résolutions par l'entremise de ses différents Organes directeurs, telles que les suivantes :

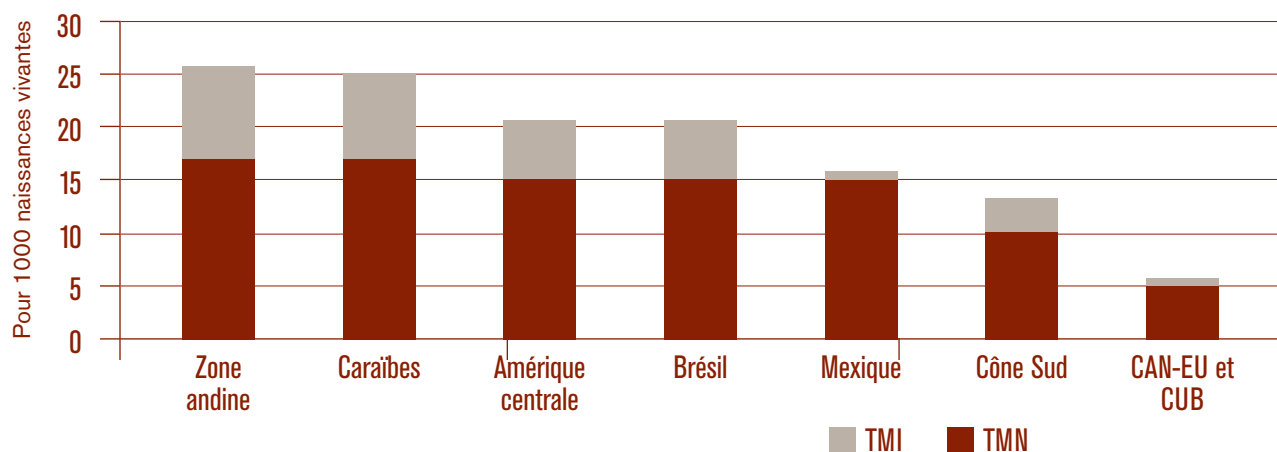
- ✱ Résolution CSP26.R13 Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle (2002) ;
- ✱ Résolution CD45.R3, Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires (2004) ;
- ✱ Résolution WHA58.31, Vers la couverture universelle dans les interventions de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant (2005) ;
- ✱ Résolution CD46.R16 Projet de politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes (2005) ;
- ✱ Résolution CD47.R19, La santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, infantile et juvénile pour atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire énoncés dans la Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire (2006) ;
- ✱ Résolution CE138.R2 Stratégie et Plan d'action régionaux de nutrition en santé et développement (2006) ;
- ✱ En 1970 a été créé le Centre latino-américain de périnatalogie, actuellement uni à l'Unité de santé de la femme et de la santé génésique (CLAP/SMR) afin d'orienter la coopération technique vers les pays latino-américains et le développement de technologies appropriées pour améliorer les soins périnataux.

ANALYSE DE LA SITUATION EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LES CARAÏBES

L'ampleur de la problématique néonatale

Chaque année, dans la Région ALC, plus de 200, 000 bébés meurent pendant les 28 premiers jours de leur vie. La moyenne régionale du taux de mortalité néonatale est de 14 pour 1 000 naissances vivantes (OPS, 2008). Cette moyenne cache des différences énormes entre les pays, qui vont de 9,7 pour 1 000 naissances vivantes dans le Cône sud jusqu'à 18,3 dans les Caraïbes latines. D'autre part, le taux de mortalité périnatale est en moyenne de 21,3 pour 1 000 naissances vivantes. La mortalité néonatale représente plus de 70 % de la mortalité infantile et près de 40 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. La Figure 2 montre que les décès néonataux représentent dans certaines régions plus de 85 % de la mortalité infantile.

Figure 2 ▲ Taux de mortalité infantile et néonatale dans les Amériques ventilé par régions

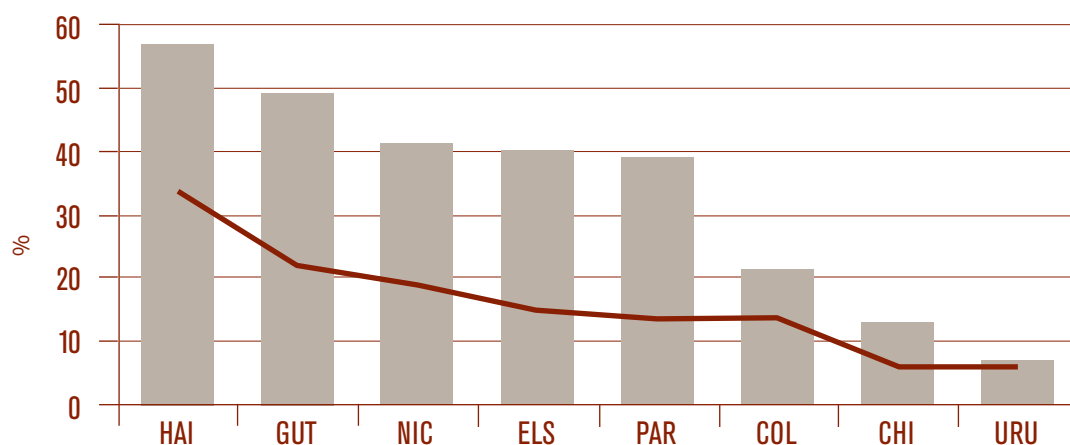


Source : Estimations de FCH/CA sur la base des données de HA-OPS, 2008

Causes de mortalité néonatale

De même que bon nombre de problèmes de santé publique, la mortalité néonatale est la conséquence la plus évidente d'autres causes sous-jacentes, dont beaucoup sont structurelles, qui reflètent la pauvreté et les inégalités qui existent dans la société. La figure 3 illustre le lien entre la population féminine vivant en zone rurale et la mortalité néonatale.

Figure 3 ▲ Pourcentage de la population féminine en zone rurale et lien avec la mortalité néonatale dans quelques pays d'Amérique latine et des Caraïbes

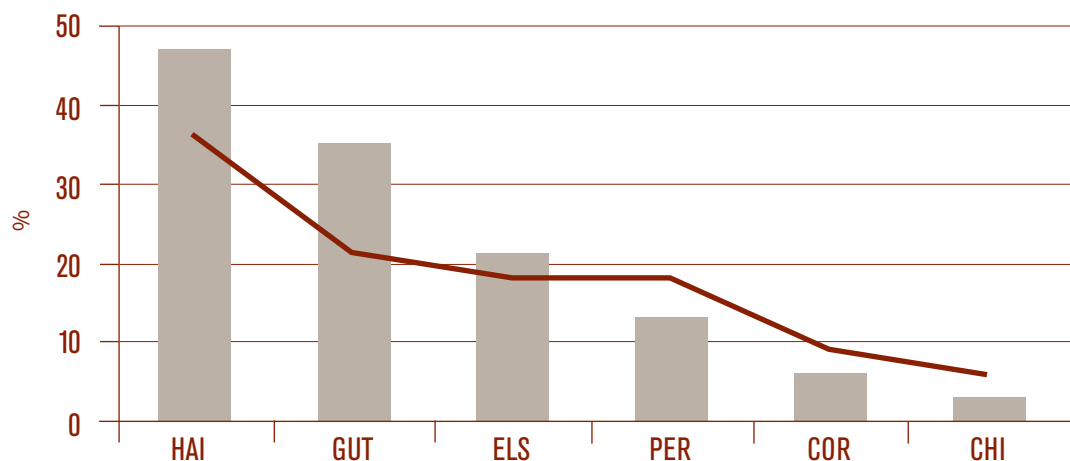


Source : Estimations sur la base de CELADE ,2006 et D.POB.NU, 2007

Les principales causes directes de mortalité néonatale dans la Région ALC sont les infections et l'asphyxie périnatale. Le faible poids à la naissance, bien qu'il ne soit pas considéré comme une cause directe de mortalité néonatale, est un facteur prédisposant de grande importance. Tant les infections, l'asphyxie que le faible poids à la naissance peuvent être prévenus. On estime que 9 % des nouveau-nés dans la Région ALC naissent avec une insuffisance pondérale, mais qu'ils sont à l'origine de 60 à 80 % de la mortalité néonatale.

Les causes sous-jacentes de mortalité néonatale sont variées, et, comme il a été mentionné précédemment, elles reflètent des inégalités sociales telles que la position de la femme dans la société, des aspects culturels, l'accès à éducation formelle et à l'éducation dans la santé, l'accès à des services de santé, et les pratiques de soins. La Figure 4 illustre le lien entre l'éducation de la mère et la mortalité néonatale dans quelques pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

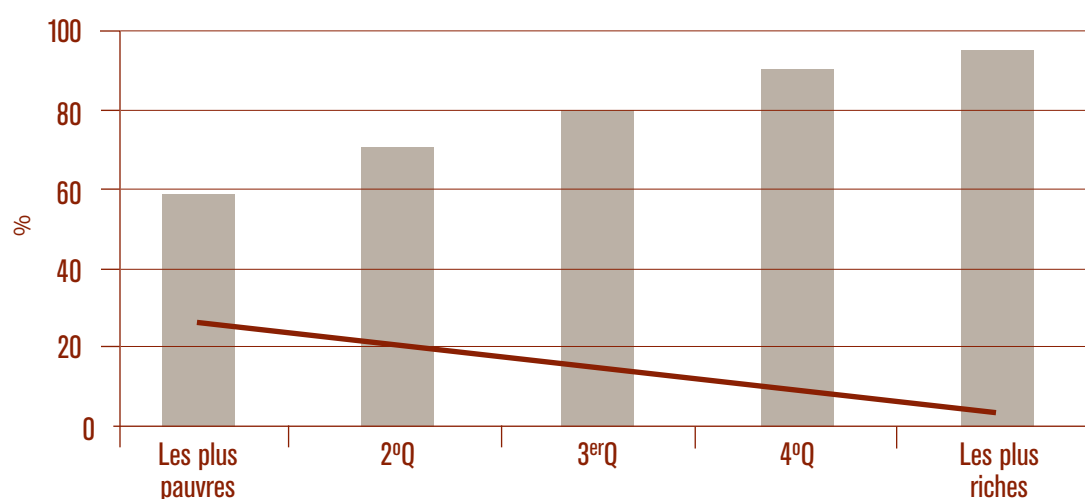
Figura 4 ▲ Pourcentage d'analphabétisme chez les femmes de 15 ans ou plus et lien avec la mortalité néonatale, dans quelques pays d'Amérique latine et des Caraïbes



Source : Estimations sur la base des données de l'UNESCO-IEU, 2005

Probablement, les plus grands facteurs de différences, en termes de mortalité néonatale et de déterminants sociaux, ont trait à la pauvreté et à l'éducation. Par exemple, en Amérique latine et dans les Caraïbes, le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans la population du quintile le plus pauvre est inférieur de 50 % à celui du quintile le plus riche (Banque mondiale, 2007). D'autre part, dans la Région des Amériques, la mortalité néonatale dans des pays ayant des pourcentages élevés de mères sans éducation est quatre fois supérieure que dans des pays où les mères sont plus instruites (OPS, 2007). La Figure 5 illustre les inégalités entre les pays les plus pauvres et les plus riches en termes de couverture du contrôle prénatal et répercussions sur la mortalité néonatale.

Figure 5 ■ Pourcentage de contrôle prénatal chez les riches et les pauvres dans quelques pays d'Amérique latine et des Caraïbes et lien avec la mortalité néonatale



Sources : Estimations de FCH/CA sur la base des données de HA-OPS, 2007 et de la Banque mondiale, 2007

Les populations rurales et urbaines pauvres, les communautés marginalisées, ainsi que les populations autochtones et d'ascendance africaine présentent aussi des taux de mortalité néonatale très élevés par rapport aux autres groupes de la population.

En général, la survie et la santé des nouveau-nés n'a pas reçu une attention suffisante, tant au niveau des communautés qu'au sein du système de santé. On signale encore que les décès fœtaux et néonataux sont pratiquement invisibles, se produisent dans les foyers et que, souvent, ils ne sont pas inclus dans les statistiques officielles.

INTERVENTIONS DANS LA RÉGION DE L'AMÉRIQUE LATINE ET DES CARAÏBES

Les pays de la Région, à divers degrés, mettent en œuvre une série d'interventions dans le secteur de la santé qui, directement ou indirectement, visent à améliorer la santé du nouveau-né et à réduire la mortalité néonatale

Accroissement de la couverture

Dans le but de réduire voire d'éliminer les barrières financières, culturelles et structurelles qui empêchent l'accès aux services de santé, principalement des groupes de la population les plus démunis, quelques pays ont entrepris des processus de réforme du secteur de la santé orientés vers l'assurance publique visant à promouvoir l'accès universel à des services de soins maternels et infantiles de bonne qualité et selon des principes d'équité.

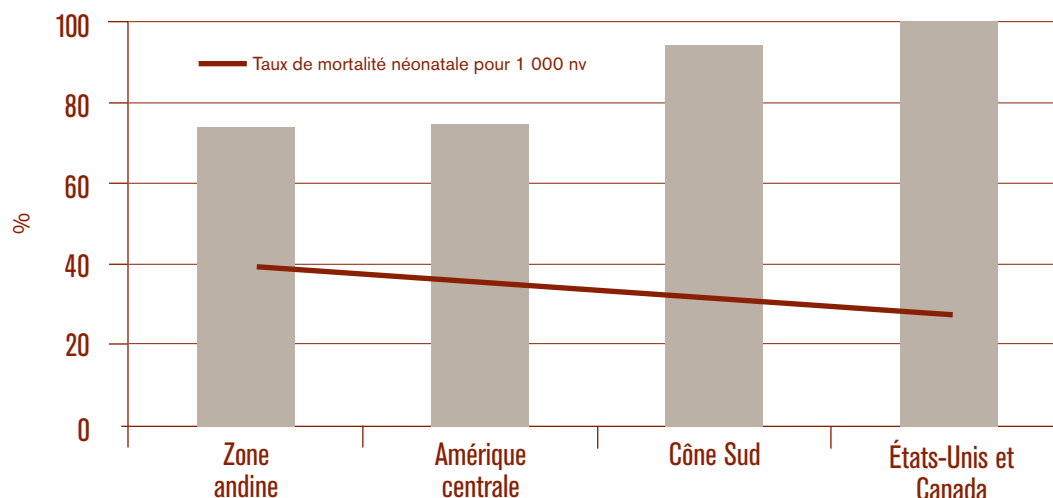
Certains de ces processus sont centrés sur la santé de la famille, comme c'est le cas au Brésil, d'autres s'inscrivent dans le cadre d'une assurance publique universelle ou dans des programmes de soins gratuits de la maternité, comme en Bolivie, en Équateur et en Haïti.

En Bolivie, en Équateur, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua, au Paraguay, au Pérou et en République dominicaine, les programmes en rapport avec soins maternels sont renforcés avec la composante néonatale.

Soins et accès aux soins qualifiés pour l'accouchement

Bien que près de 80 % des accouchements dans la Région aient lieu dans les établissements de santé, la qualité des soins n'est pas toujours optimale. La Figure 6 montre que les soins qualifiés lors de l'accouchement ont des répercussions directes sur la mortalité néonatale.

Figure 6 ▲ Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié en fonction des régions et lien avec la mortalité néonatale



Source : Estimations de FCH/CA sur la base de données de HA-OPS, 2007

Dans les zones rurales, les barrières culturelles font obstacle aux soins pour l'accouchement dans les établissements de santé et il existe de graves lacunes en termes d'accès à du personnel de santé qualifié pour les soins de l'accouchement, l'existence de fournitures de base, les équipements en état de fonctionner comparé aux zones urbaines et, par ailleurs, le réseau de référence n'est généralement pas fonctionnel. Une proportion significative de naissances dans les zones rurales sont assistées par des auxiliaires empiriques sans formation adéquate pour assister des accouchements normaux et qui ne disposent pas de l'équipement ou des fournitures minimum nécessaires.

La proportion plus élevée d'accouchements qui se produisent à la maison se retrouve en Bolivie, au Guatemala et en Haïti ; ces accouchements sont généralement assistés par une accoucheuse traditionnelle ou par un membre de la famille, ou encore par une personne non qualifiée, avec un taux de mortalité maternelle et néonatale élevé.

Stratégie de soins intégrés pour la prévention des maladies de l'enfance (AIEPI)

La stratégie AIEPI met clairement l'accent sur la prévention et la promotion, outre le traitement, des maladies de l'enfance. L'AIEPI cherche à améliorer les compétences du personnel de la santé avec sa composante clinique, à améliorer les pratiques de soins pour l'enfant dans la famille et la communauté, à travers sa composante communautaire et à renforcer les systèmes de santé.

Il est mis en œuvre dans la plupart des pays depuis 1996 à divers degrés et avec quelques variantes. Les pays qui travaillent avec l'AIEPI ont intégré la composante néonatale à partir de 2003¹ et certains ont travaillé sur l'intégration d'interventions avec la santé maternelle, contribuant ainsi à l'approche intégrée maternelle-néonatale-infantile. Dans de nombreux cas, l'AIEPI a accompagné la formation du personnel de santé du niveau hospitalier, en réanimation néonatale avancée, en utilisant les normes de l'Académie américaine de pédiatrie. La composante néonatale de l'AIEPI est cruciale pour réduire la fraction la plus dure de la mortalité infantile et des enfants de moins de 5 ans.

La composante communautaire de l'AIEPI, développée par plusieurs pays depuis l'an 2000, comme la Bolivie, la Colombie, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, entre autres, a démontré qu'elle peut devenir un outil puissant pour la mobilisation sociale pour la santé de l'enfance, en promouvant la participation et l'autonomisation des différents acteurs sociaux qui vivent et travaillent dans la communauté.

Vaccination

La vaccination a contribué de manière significative à la réduction de la mortalité néonatale et infantile dans l'ensemble de l'Amérique latine et des Caraïbes. La vaccination maternelle a joué un rôle important dans la réduction du tétanos néonatal, et la vaccination universelle contre la rubéole a contribué à diminuer la prévalence du syndrome de rubéole congénitale.

Micronutriments

Les carences en micronutriments sont communes chez les femmes en âge de procréer. Au début de la grossesse, beaucoup de femmes présentent des réserves insuffisantes de micronutriments et présentent d'autres manifestations carencielles qui pourraient gravement affecter leur santé ainsi que celle du nouveau-né. Selon l'OMS, 43 % des femmes de 15 à 49 ans qui vivent dans les pays en développement souffrent d'anémie pendant la grossesse, ce qui est reconnu

1 La Bolivie, la Colombie, l'Équateur, El Salvador, le Guatemala, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou et la République dominicaine

comme un facteur de risque pour la mortalité maternelle, le faible poids à la naissance et les naissances prématurées. On a pu vérifier que le fait de poser une pince sur le cordon après 3 minutes environ ou plus améliore les réserves de fer et diminue l'anémie pendant les 6 premiers mois d'allaitement (Hutton EK, Hassan EST, JAMA 2007). Les carences en acide folique pendant la période préalable à la conception sont liées à des défauts du tube neural.

Allaitement maternel

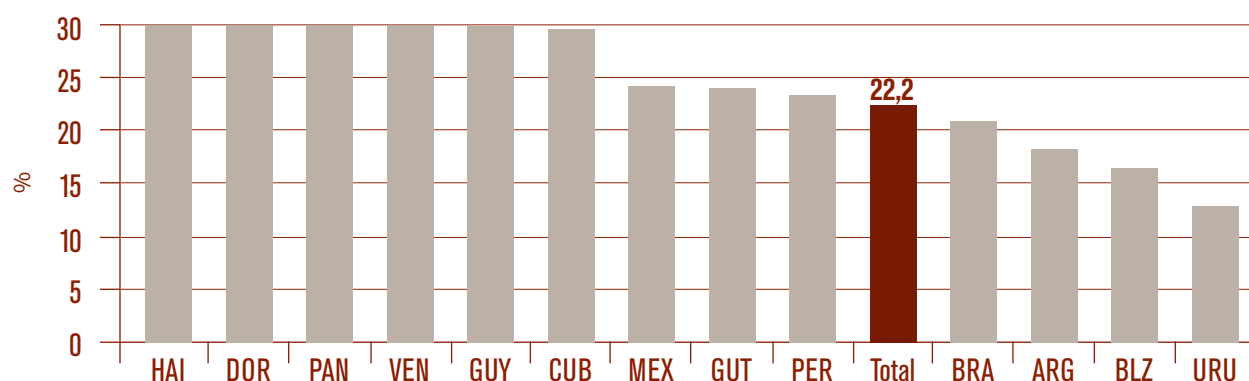
Démarrer l'allaitement maternel exclusif dans la première heure est fondamental pour la survie au cours de la période néonatale et des premières années de vie. En Amérique latine et dans les Caraïbes, on estime que 66 % des décès de nourrissons dus à une maladie diarrhéique et à infections respiratoires aiguës qui surviennent au cours des trois premiers mois de vie, pourraient être évités grâce à l'allaitement maternel exclusif (Betran AP et al, BMJ 2001).

Bien qu'on estime actuellement que 90 % des mères en Amérique latine et dans les Caraïbes allaitent leurs nouveaux nés, moins d'un tiers les allaite exclusivement pendant six mois. En outre, donner d'autres liquides aux bébés est une pratique courante dans la Région qui peut s'avérer nocive. On a pu vérifier que les interventions essentielles, comme le fait de maintenir la mère et le bébé ensemble après la naissance, le contact peau contre peau et le début de l'allaitement maternel dans la première heure de vie, favorisent le démarrage et la poursuite de l'allaitement maternel exclusif.

Prévention de la transmission mère-enfant de l'infection par le VIH

Depuis le début des années 90, l'épidémie de l'infection par le VIH s'est transformée en menace pour la survie infantile, principalement étant donné la transmission verticale mère-nouveau-né. En Amérique latine et dans les Caraïbes, on compte actuellement quelque 49 000 enfants infectés par transmission verticale (OPS, 2007). Sans interventions médicales efficaces, au moins un tiers des enfants nés de mères séropositives vont contracter le virus, et la majorité d'entre eux mourront avant l'âge de cinq ans. La Figure 7 montre qu'en moyenne, 22,2 % des nouveau-nés sont contaminés par le VIH par leurs mères séropositives.

Figure 7 ▲ Pourcentage estimé de nouveau-nés contaminés par le VIH par leurs mères séropositives dans quelques pays d'Amérique latine et des Caraïbes



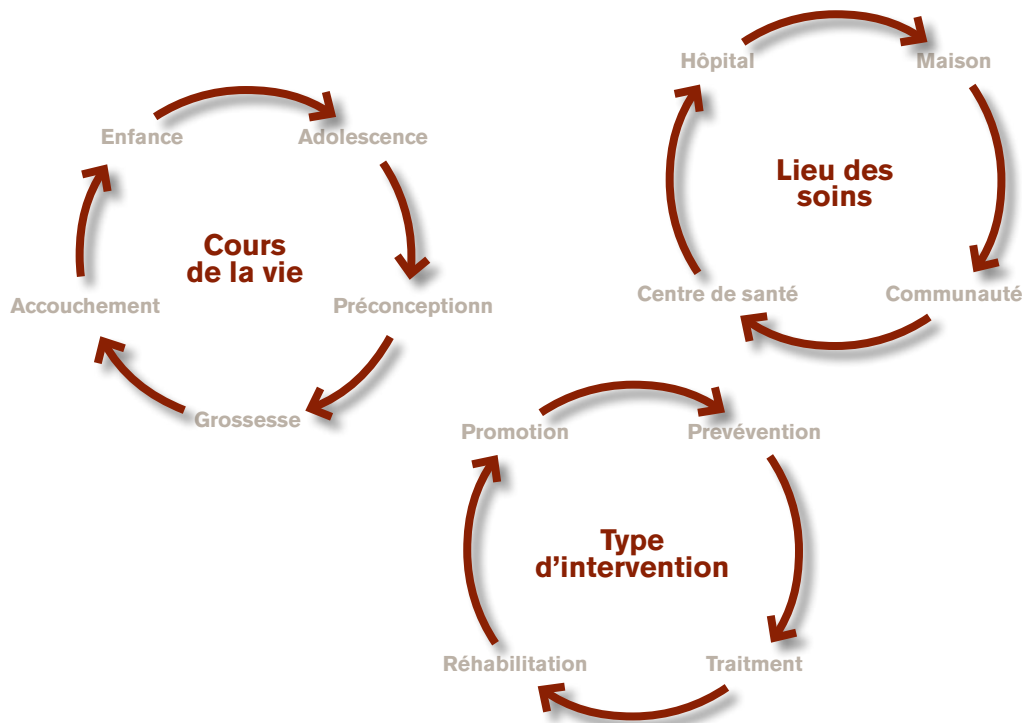
Source : Estimations de FCH/CA sur la base de données de HA-OPS, 2007

APPROCHE DU CYCLE CONTINU DE SOINS À LA MÈRE, AU NOUVEAU-NÉ ET À L'ENFANT

La justification de l'adoption d'un processus continu des soins se base sur la relation étroite qui existe entre la santé et le bien-être des familles, des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents. L'objectif de ce cadre continu consiste à garantir la disponibilité et l'accès aux interventions reposant sur des preuves qui permettent d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Cette approche présente au moins trois dimensions différentes aux conséquences profondes pour la manière dont sont organisés et mis en œuvre les politiques, les programmes et les interventions. Tout d'abord, cela signifie que les soins doivent être prodigués comme un processus continu tout au long du cycle de vie, y compris l'adolescence, la période précédant la conception, la grossesse, l'accouchement et l'enfance, en tirant ainsi parti des interactions naturelles. Par ailleurs, cela indique que les soins doivent être fournis dans le cadre d'un processus qui préserve la continuité absolue et qui comprend la maison, la communauté, le centre de santé et l'hôpital. Enfin, le cycle continu des soins comprend aussi les interventions de promotion de la santé, la prévention et le contrôle des maladies, le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale. La Figure 8 montre que le cadre d'action du processus continu de soins recouvre non seulement le cours de la vie, mais aussi le lieu où sont prodigués les soins et le type d'intervention effectuée.

Figure 8 ▲ Cadre d'action du processus continu de soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant



PLAN D'ACTION



Le Plan d'action stratégique régional se base sur le Consensus stratégique interinstitutionnel pour la réduction de la mortalité et la morbidité périnatale et néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes. Il reflète les engagements des gouvernements de la Région pour 8 ans (2008-2015), de sorte qu'ils orientent leurs activités pour répondre à ces engagements et sur la base de la vision suivante :

Toutes les mères, les nouveau-nés et les enfants des pays d'Amérique latine et des Caraïbes recevront les soins de qualité appropriés et efficaces dont ils ont besoin pour mener une vie saine et productive. C'est ainsi que l'OMD-4 deviendra réalité.

Objectif général

Appuyer les pays de la Région pour la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement numéro 4, en mettant l'accent sur les interventions en faveur de la santé péri-néonatale.

Domaines stratégiques

Ce Plan d'Action comprend quatre secteurs stratégiques interdépendants : 1) créer un environnement favorable pour la promotion de la santé péri-néonatale ; 2) renforcer les systèmes de santé pour améliorer l'accès aux services de soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; 3) promouvoir les interventions communautaires ; et 4) créer et renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation. Chaque domaine comprend une ou plusieurs lignes d'action, et chaque ligne d'action, à son tour, a un objectif qui représente un résultat devant être atteint.

Domaine stratégique 1 : Créer un environnement favorable pour la promotion de la santé néonatale

Les conditions les plus appropriées pour que la santé néonatale puisse être adaptée, appliquée, diffusée et développée exigent que les États membres assument la responsabilité de créer les conditions propices pour promouvoir des plans nationaux qui encouragent un environnement favorable pour la santé péri-néonatale.

Ligne d'action 1.1	<i>Promouvoir l'élaboration de plans nationaux pour améliorer la santé péri-néonatale</i>
Objectif	D'ici 2010, tous les pays prioritaires et d'impact (1) d'Amérique latine et des Caraïbes disposeront d'un plan national stratégique en cours d'exécution.
Activités au niveau régional	▪ Diffuser et encourager le plan régional approuvé par les Organes directeurs. ▪ Mettre à jour l'analyse de la situation de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans les pays de la Région. ▪ Élaborer une stratégie régionale de plaidoyer en faveur de la santé néonatale dans le cadre du processus continu de soins.
Activités au niveau national	▪ Élaborer des plans nationaux pour la santé péri-néonatale. ▪ Adapter la stratégie de plaidoyer au niveau national en faveur de la santé péri-néonatale. ▪ Mettre à jour l'analyse nationale de la situation de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. ▪ Réviser le cadre juridique pour la protection et les droits des femmes et des enfants. ▪ (Pays prioritaires en termes d'impact : la Bolivie, le Brésil, l'Équateur, El Salvador, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay, le Pérou et la République dominicaine.)
Ligne d'action 1.2	<i>Créer et renforcer les alliances et associations</i>
Objectif	D'ici 2010, les pays prioritaires en termes d'impact d'Amérique latine et des Caraïbes auront établi des alliances entre les organisations qui soutiennent la mise en œuvre des plans nationaux.
Activités au niveau régional	▪ Renforcement de l'Alliance régionale néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes pour élaborer un plan de travail conjoint à l'appui de l'initiative. ▪ Échange d'outils et d'expériences au moyen de bulletins d'information ou autres. ▪ Promotion de la coopération sud-sud.
Activités au niveau national	▪ Identifier les partenaires potentiels et les acteurs sociaux qui feront partie de l'alliance à l'appui de l'élaboration du plan conjoint. ▪ Élaborer et exécuter un plan de travail conjoint entre les différentes institutions qui appuient le plan régional

Domaine stratégique 2 : Renforcer les systèmes de santé et améliorer l'accès aux services de soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

La grossesse et la naissance font partie d'un processus physiologique normal, dans lequel il peut y avoir des complications. Le système de santé doit être préparé pour répondre à ces besoins, en améliorant la qualité des soins aux différents niveaux du système, l'accès, et en favorisant des pratiques basées sur des preuves.

Ligne d'action 2.1	
<i>Promouvoir l'accès universel équitable aux soins de santé maternelle et néonatale en privilégiant les groupes vulnérables</i>	
Objectif	D'ici 2012, les pays prioritaires auront atteint au moins 80 % de couverture des soins de l'accouchement par du personnel qualifié
Activités au niveau régional	▪ Mettre à disposition et fournir une aide technique en ce qui concerne l'utilisation d'outils programmatiques de mesures essentielles des soins néonataux dans les établissements et dans les communautés qui comprennent des estimations de coûts. ▪ Développer, élaborer et promouvoir des propositions à l'appui du caractère interculturel et des bons traitements. ▪ Faciliter l'échange d'expériences entre les pays qui ont développé des modèles d'assurance pour les soins maternels néonataux.
Activités au niveau national	▪ Explorer les différentes alternatives de financement d'accès universel à la santé maternelle et néonatale en tenant compte de l'analyse des coûts. ▪ Renforcer et promouvoir le bon traitement et le caractère interculturel dans les services maternels néonataux. ▪ Renforcer le système de référence et de contre-référence. ▪ Renforcer la participation de réseaux sociaux dans le fonctionnement du système référence et de contre-référence.
Ligne d'action 2.2	
<i>Actualiser, diffuser et appliquer des interventions de soins de santé maternelle et néonatale</i>	
Objectif	D'ici 2009, tous les pays prioritaires et d'impact mettront en œuvre les normes basées sur les preuves et procédures de soins néonataux dans le processus continu des soins.
Activités au niveau régional	▪ Élaborer et diffuser des documents normatifs génériques pour qu'ils puissent être adaptés au niveau national, et aux différents niveaux de soins. ▪ Faciliter les processus d'adaptation au niveau des pays. ▪ Promouvoir l'échange d'expériences entre les pays.
Activités au niveau national	▪ Adapter et appliquer les documents normatifs génériques à la réalité nationale. ▪ Améliorer les compétences des ressources humaines en santé institutionnelles et communautaires. ▪ Renforcer les contenus dans les programmes du deuxième et troisième cycle dans les écoles de formation des ressources humaines en santé. ▪ Suivi et surveillance de l'application des normes par niveaux de soins. ▪ Garantir la disponibilité et la fourniture de médicaments, équipement et intrants de base pour les soins maternels et néonataux. ▪ Promouvoir l'application du cycle continu de soins au niveau local.

Domaine stratégique 3 : Promouvoir les interventions communautaires

Sur la base des résolutions internationales, les données basées sur des preuves et les enseignements tirés de la Région, l'Alliance régionale néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes a recommandé de promouvoir des interventions communautaires comme élément intégral de la Stratégie et du plan d'action régional en santé néonatale. Le but principal de ce secteur stratégique consiste à étendre la couverture des soins de la mère et du nouveau-né, au moyen d'interventions communautaires, notamment dans les zones d'accès limité, dont il a été démontré qu'ils ont des répercussions positives sur la mortalité maternelle et néonatale.

Pratiques de santé qui peuvent être encouragées dans la communauté

- Nutrition adéquate des mères
- Immunisation contre le tétanos
- Soins essentiels néonataux, y compris accouchement propre et assurance
- Reconnaissance précoce de signes danger et transport immédiat
- Allaitement maternel exclusif
- Pratiques sexuelles sûres
- Environnement sûr et propre
- Protection contre la violence
- Prévention des grossesses précoces
- Éducation des filles

Les interventions de promotion en vue d'améliorer les pratiques familiales et communautaires ont eu un impact fort sur la santé néonatale et son évolution, c'est pourquoi elles doivent se voir attribuer une haute priorité. Les familles ont besoin de connaissances et de soutien pour apporter des soins efficaces au nouveau-né dans leur foyer, tels que le contrôle de la température, l'allaitement maternel instauré rapidement et exclusivement, l'hygiène et l'utilisation des services de santé pour les immunisations. Elles doivent en outre être en mesure de reconnaître les signes de maladie et pouvoir amener rapidement le nouveau-né dans un système de santé adéquat.

Ligne d'action 3.1

Promouvoir les interventions communautaires dans le cadre des plans de santé nationaux pour l'amélioration de la santé néonatale

Objectif

D'ici 2010, les pays prioritaires et d'impact auront incorporé dans leur programme national des outils pour le renforcement des capacités des agents communautaires et d'autres acteurs sociaux, afin qu'ils puissent offrir un appui aux programmes de santé de la mère et du nouveau-né dans le cadre du processus continu des soins.

Activités au niveau régional

- Élaborer et diffuser des outils pour améliorer les capacités des agents communautaires et d'autres acteurs sociaux.
- Appui technique pour la conception et la mise en œuvre d'interventions communautaires dans les plans de santé.

Activités au niveau national

- Adapter et appliquer les outils pour améliorer les capacités des agents communautaires et d'autres acteurs sociaux pour la santé maternelle et néonatale.
- Identifier des mécanismes qui renforcent les liens entre la communauté et les établissements de santé.
- Garantir la qualité, la supervision et le suivi à l'appui du processus en mettant l'accent sur la bonne communication et les aptitudes de négociation.
- Mettre en œuvre des mesures fondamentales au niveau du domicile et de la communauté quand il n'est pas possible de référer les patients.

**Ligne d'action 3.2*****Mobilisation communautaire et stratégies de communication pour promouvoir les comportements sains*****Objectif**

D'ici 2010, les pays prioritaires et d'impact auront mis en œuvre des stratégies de communication et de mobilisation sociale.

Activités au niveau régional

- Élaborer des lignes directrices pour développer des stratégies communication et de mobilisation sociale destinées à promouvoir des comportements sains.

Activités au niveau national

- Adaptation et application des stratégies de communication, de mobilisation sociale et de changement de comportements.
- Explorer les modalités de diffusion les plus efficaces.
- Promouvoir la formation de réseaux de comités locaux/municipaux pour la santé maternelle et néonatale.
- Identifier des mécanismes qui renforcent les liens entre la communauté et les établissements de santé.
- Promouvoir le développement d'activités intersectorielles (par ex. éducation)
- Promouvoir l'analyse d'informations au niveau communautaire sur la santé maternelle néonatale disponibles au niveau local pour améliorer les interventions.



Domaine stratégique 4 : Créer et renforcer les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation

Dans la Région, il existe des problèmes en rapport avec le manque d'informations péri-néonatales de qualité et de normalisation, ainsi qu'avec le manque d'analyses et d'utilisation des informations pour la prise de décisions. Le CLAP/SMR a collaboré avec les ministères de la santé, les dirigeants et les professionnels de la santé de plusieurs pays d'Amérique latine et des Caraïbes pour créer et promouvoir le registre clinique périnatal et le système informatique périnatal (SIP), comme l'un des outils clés relatifs à la santé maternelle et périnatale.

La surveillance et le suivi de la performance du personnel de la santé et d'autres ressources humaines sont indispensables pour garantir le respect des normes minimum de qualité et renforcer les compétences. Ainsi, c'est ce qu'a réalisé la Bolivie pour la surveillance et le suivi de l'AIEPI néonatal dans les services, processus qui devrait être étendu à d'autres pays de la Région.

Pour pouvoir renforcer les informations de la santé périnatale et néonatale, l'OMS a développé une méthodologie d'identification de profil des pays, qui peut être employée pour réaliser une ligne de base.

Ligne d'action 4.1	
Fortalecer os sistemas de informação em saúde, com ênfase na saúde materno-perineonatal	
Objectif	D'ici 2010, tous les pays disposeront de systèmes d'information qui généreront des informations de qualité dans le domaine de la santé maternelle et péri-néonatale
Activités au niveau régional	- Convenir d'une liste normalisée d'indicateurs de base aux fins de suivi et de comparaison, qui comprend l'identification des lacunes et des inégalités, avec des évaluations 2010-2015. - Offrir un appui technique aux pays pour renforcer leurs systèmes réguliers d'information en santé, en donnant la priorité aux indicateurs orientés sur l'OMD-4. - Assistance technique pour renforcer le système informatique périnatal.
Activités au niveau national	- Incorporer systématiquement dans les systèmes réguliers, les informations de base en matière de santé maternelle et péri-néonatale. - Améliorer la couverture et la qualité des enregistrements des décès dans le registre d'état civil et dans d'autres sources d'information existantes. - Promouvoir des initiatives de surveillance de la morbidité et de la mortalité péri-néonatale.
Ligne d'action 4.2	
Estabelecer e fortalecer os sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação do desempenho dos profissionais de saúde no marco do contínuo do cuidado	
Objectif	D'ici 2010, les pays prioritaires et d'impact mettent en œuvre des systèmes de surveillance de la performance du personnel de la santé.
Activités au niveau régional	- Desenvolver indicadores do desempenho dos profissionais de saúde para o - Développer des indicateurs de la performance du personnel de la santé pour des soins de qualité. - Élaborer et diffuser des lignes directrices pour le développement de lignes de base et l'évaluation de l'impact dans le cadre des soins continus. - Apporter un appui technique pour l'adaptation régionale et la diffusion de la proposition de suivi et de surveillance de l'AIEPI néonatal dans le cadre des soins continus. - Favoriser l'intégration de variables néonatales et périnatales dans les enquêtes nationales de démographie et de santé.
Activités au niveau national	- Mettre en œuvre des indicateurs de performance du personnel pour les soins de qualité. - Adapter les lignes directrices génériques de suivi et d'évaluation néonatale. - Application systématique de la méthodologie de suivi et de surveillance du programme AIEPI néonatal. - Appliquer les enquêtes de ligne de base et l'évaluation dans les lieux souffrant du plus grand déficit d'informations. - Stimuler la réalisation de recherches opérationnelles.

En réponse à la résolution du 47^e Conseil directeur de l'OPS, le tableau 1 propose une série d'activités différenciées pour faire face aux situations différentes entre les pays et à l'intérieur des pays, ainsi qu'une série d'indicateurs de processus, de résultat et d'impact.

Tableau 1 ■ Activités différenciées en fonction des différents scénarios épidémiologiques pour faire face à des situations spécifiques

Domaine stratégique	Taux de mortalité néonatale > 20 pour 100 naissances vivantes ou plus	Taux de mortalité néonatale entre 15 et 19 pour mille naissances vivantes	Taux de mortalité néonatale < 15 pour 1000 nouveau-nés vivants
1) créer un environnement favorable pour la promotion de la santé néonatale	- Élaborer des politiques spécifiques pour aborder les soins néonataux - Concevoir des mécanismes de financement pour protéger les plus vulnérables. - Diffuser les manuels et les normes à tous les niveaux de soins - Garantir l'équité - Promouvoir la qualité	- Élaborer des politiques spécifiques pour aborder les soins néonataux - Diffuser les manuels et les normes à tous les niveaux de soins - Promotion intensive des soins essentiels du nouveau-né et identification des signes de danger	- Élaborer des politiques spécifiques pour aborder les soins néonataux - Diffuser les manuels et les normes à tous les niveaux de soins
2) renforcer les systèmes de santé et améliorer l'accès aux services de soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	- Augmenter la couverture de soins fournis par du personnel qualifié - Garantir les soins pour les urgences obstétriques et néonatales dans des établissements de référence - Mettre en place des services de soin intégral obstétrique et néonatal de qualité dans les hôpitaux de référence - Renforcer le système d'orientation et les connexions entre les communautés et les établissements	- Parvenir à une couverture universelle avec du personnel qualifié, en s'adressant aux populations auxquelles ces services ne parviennent pas habituellement - Garantir les soins pour les urgences obstétriques et néonatales dans des établissements de santé - Améliorer la qualité et l'acceptabilité culturelle des soins obstétriques et périnataux - Mettre en place des services de soin intégral obstétrique et néonatal de qualité dans les hôpitaux de référence	- Parvenir à une couverture universelle des soins cliniques, y compris des soins néonataux intensifs - Améliorer la qualité clinique des soins et promouvoir les soins pour toute la famille. - Garantir la fourniture de médicaments pour la gestion de pathologies graves - Assurer la continuité du personnel
3) promouvoir les interventions communautaires	- Continuer à promouvoir la demande de soins - Renforcer les soins familiaux et communautaires - Promouvoir des objectifs comportementaux spécifiques (ex. augmentation de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois) - Envisager le traitement communautaire pour certains problèmes spécifiques du nouveau-né	Continuer à promouvoir des comportements sains dans les foyers et la recherche de soins	Créer des critères communautaires pour lutter contre les habitudes nocives telles que le tabagisme et la consommation de drogues
4) créer et renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation	- Garantir la surveillance. Suivi et évaluation néonataux - Adapter les instruments génériques aux différents niveaux de soins - Favoriser l'intégration de variables néonatales dans les statistiques et enquêtes nationales	Garantir la qualité, la supervision et le suivi du soutien en mettant l'accent sur la bonne communication et les aptitudes à la négociation	Surveiller et améliorer les résultats à long terme en cas de complications néonatales

Sur la base des activités différenciées en fonction des différents scénarios épidémiologiques au tableau 2, une série d'indicateurs de suivi que tous les pays doivent compiler et d'autres indicateurs de processus, de résultat et d'impact qui peuvent être facultatifs sont proposés en fonction des besoins locaux.

Tableau 2. ▲ Indicateurs de suivi communs, de processus, de résultat et d'impact suggérés

Domaines stratégiques	Indicateurs de suivi communs	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultat	Indicateurs d'impact
1) créer un environnement favorable pour la promotion de la santé néonatale	Disposer d'un plan national qui inclue la santé maternelle et néonatale dans le cadre du processus continu, approuvé, convenu, en cours d'exécution et avec budget alloué	- Dépenses de santé allouées à des programmes maternels et néonataux - Accès à des services de santé - Accès à des médicaments	- Nombre de pays qui ont des programmes nationaux intégrés de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. - Proportion d'établissements avec des programmes de santé néonatale mis en œuvre	- Taux de mortalité périnatale x 1000 naissances vivantes - Taux de mortalité fœtale pour 1000 naissances vivantes - Décès hospitaliers dus à des causes néonatales - Taux de mortalité néonatale précoce (0-6 jours) pour 1000 naissances vivantes - Taux de mortalité néonatale tardive (7-28 jours) pour 1000 naissances vivantes - Taux de mortalité néonatale (0-28 jours) pour 1000 naissances vivantes. - Mortalité néonatale par cause spécifique - Mortalité néonatale spécifique par poids à la naissance - Mortalité néonatale par âge à la naissance - Prévalence d'insuffisance pondérale à la naissance
2) renforcer les systèmes de santé et améliorer l'accès aux services de soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	- Proportion d'accouchements en établissements dans les secteurs à plus grand risque - Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié - Proportion de services qui appliquent des normes et des protocoles de gestion néonatale	- Nombre de personnel formé en soins néonataux essentiels - Nombre de personnel formé en réanimation néonatale de base - Proportion de services materno-infantiles avec des normes ou des protocoles pour les soins néonataux - Proportion de services materno-infantiles avec un système référence et de contre-référence établi	- Proportion de services materno-infantiles pour lesquels on pratique les soins intégrés néonataux des maladies prévalentes de l'enfance (AIEPI) - Proportion du personnel des services materno-infantiles qui pratique correctement les soins néonataux essentiels - Proportion du personnel des services materno-infantiles qui a	

Tableau 2 ■ continué

2) continué		▪ Accouchements par césarienne en proportion de toutes les naissances dans la population ▪ Proportion de nouveau-nés souffrant de complications admis dans un établissement de soins qui meurent	connaissance d'au moins 5 signes de danger néonataux ▪ Proportion d'accouchements dans des établissements de santé ▪ Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié ▪ Proportion de femmes enceintes avec 4 contrôles prénataux ou plus ▪ Proportion de nouveau-nés allaités au cours de la première heure ▪ Proportion de bébés qui reçoivent des soins postnataux au 3^e jour ▪ Proportion de femmes enceintes ayant fait le test VDRL ▪ Proportion de femmes enceintes vaccinées avec un toxoïde tétanique	
3) promouvoir les interventions communautaires	▪ Proportion de services travaillant dans la communauté avec des stratégies d'IEC mises en œuvre ▪ Proportion de communautés qui réalisent des visites à domicile	▪ Distance en temps entre la résidence et les institutions de premier niveau et de niveau de référence les plus proches	▪ Nombre de communautés qui ont mis en place un plan de transport materno-néonatal ▪ Proportion de mères qui connaissent au moins 3 signes de danger néonataux	
4) créer et renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation	▪ Proportion de réduction de la mortalité en < 5 années sur la base des OMD ▪ Proportion de réduction de la mortalité néonatale précoce et tardive ▪ Proportion de mères qui reconnaissent au moins deux signes de danger maternels et néonataux ▪ Proportion de services dotés d'un système de surveillance communale néonatale mis en œuvre	▪ Proportion de services materno-infantiles dotés d'un système surveillance, de suivi et d'évaluation en place ▪ Proportion de services materno-infantiles dotés d'un système d'information péri-néonatal en place ▪ Proportion de services qui analysent la mortalité et la morbidité néonatale de manière courante	▪ Proportion de services materno-infantiles qui ont élargi leur couverture de soins néonataux	

LE RÔLE DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ

L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a servi de catalyseur des ressources techniques et financières pour le renforcement des 11 fonctions essentielles de la santé publique (FESP) dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes (OMS/OPS, 2000 ; Muñoz F et al, 2000). Le renforcement de ces fonctions peut éviter la mortalité des nouveau-nés, mais requiert la participation d'acteurs externes et internes par l'entremise d'activités inter-programmatiques et un critère multisectoriel.

Chaque secteur stratégique de ce Plan comprend une ou plusieurs lignes d'action et, de cette manière, une méthode intégrée et globale pour appréhender la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sera encouragée. La stratégie considère aussi le cadre de coopération technique de l'OPS pour faire face aux nouveaux défis et aborde l'agenda inachevé autour de la santé de l'enfant.

Dans ce contexte, la capacité technique des bureaux dans les pays doit répondre aux besoins et aux priorités qui ont été déterminés en ce qui concerne la santé la mère, du nouveau né et de l'enfant. L'appui technique de l'OPS aux pays se centrera sur la réponse du secteur de la santé en matière de soins maternels et néonataux, en prêtant une attention particulière au développement et à l'amélioration des ressources humaines, à l'élaboration et à l'adaptation de normes, directives, méthodes et outils outre la diffusion de l'information, y compris les interventions basées sur des preuves et les pratiques optimales de soins. Il s'avère tout aussi important de renforcer les mécanismes existants de coopération des pays et la coopération technique entre les pays. Ces mécanismes de coopération technique doivent accorder une grande visibilité aux problèmes néonataux dans le processus continu des soins, et doivent parvenir à mobiliser un soutien politique, social et économique.

Les partenaires

Pendant des années, les interventions visant à améliorer la santé materno-infantile se sont seulement centrées sur cette question et, par conséquent, ont omis des liens importants. On reconnaît maintenant que la santé néonatale est la connexion fondamentale entre les programmes de santé de la mère, du nouveau-né et de santé infantile. Parvenir à établir un lien entre les interventions peut entraîner une réduction importante des coûts et améliorer l'efficacité de la planification, du suivi et de la supervision des programmes, ainsi que de la formation et de l'utilisation des ressources.

Aucun pays, organisme ou organisation ne peut traiter seul de l'intégralité du problème de la mortalité néonatale, périnatale et maternelle, c'est pourquoi l'unification des efforts facilitera la création d'un processus continu de soins et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé materno-infantile. Les partenaires principaux proviendront des organisations multilatérales et bilatérales, des bailleurs de fonds, du secteur privé, des organismes scientifiques et universitaires, des organisations non gouvernementales, des organisations religieuses et de la société civile, notamment.

Par conséquent, ce document est un appel en faveur d'un accord inter-institutions et plurisectoriel autour du programme technique et de politiques que nous devons promouvoir en Amérique latine pour ce qui est de la santé néonatale dans le cadre du processus continu de soins. Une alliance efficace est cruciale pour harmoniser et intensifier les mesures au niveau mondial, régional, national et local en vue de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement numéros 4 et 5.

RÉFÉRENCES



- Adam, T., Lim, S. S., Mehta, S., Bhutta, Z. A., Fogstad, H., Mathai, M., y cols. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *Bmj*, 331(7525), 1107.
- Aubel, J., Ibrahima, T., Mamadou, D. (2001). Strengthening grandmother networks to improve community nutrition: experience from Senegal. *Gender and Development*, 9(2), 62-73.
- Betran AP, de Onis M, Laurer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ* 2001;323(7308):303-306.
- Bhutta, Z. A., Darmstadt, G. L., Hasan, B. S. y Haws, R. A. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*, 115(2 Suppl), 519-617.
- Bryce, J., Victora, C. G., Habicht, J. P., Black, R. E. y Scherpbier, R. W. (2005). Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy Plan*, 20 Suppl 1, i5-i17.
- Buffington, S., Sibley, L., Beck, D., Armsbruster, D. (2003). *Home based life saving skills: where home birth is common*. Maryland, U.S.A.: American College of Nurse Midwives.
- Burkhalter B, Edson W, Harvey S, Boucar M, Djibrina S, Hermida J, Ayabaca P, Bucagu M, Gbangbade S, McCaw-Binns A. Quality of obstetric care observed in 14 hospitals in
- Caparro CM, Neufeld LM, Tena Alvarez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;367:1997-2004
- Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. *Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?* Lancet 2005; 365:977-88.
- Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care*. (1978). Alma-Ata, URSS: OMS.
- FCH/CA. (2003). *Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludables*: OPS-OMS/UNICEF.
- Figuerola, M., Kincaid, L., Rani, M. y Lewis, G. (2002). *The communication for social change: An integrated model for measuring the process and its outcomes*: John Hopkins University's Center for Communication Program/ The Rockefeller Foundation.
- Green, L. W., Kreuter, M. W. y Green, L. W. (2005). *Health program planning : an educational and ecological approach*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Haws R, W. P., Castillo J. (2004). *Innovative Community-Based Interventions to Improve Newborn Health in Latin America and the Caribbean*: The CORE Group.
- Haws, R. A., Thomas, A. L., Bhutta, Z. A. y Darmstadt, G. L. (2007). Impact of packaged interventions on neonatal health: a review of the evidence. *Health Policy Plan*, 22(4), 193-215.
- Huicho, L., Davila, M., Gonzales, F., Drasbek, C., Bryce, J. y Victora, C. G. (2005). Implementation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Peru and its association with health indicators: an ecological analysis. *Health Policy Plan*, 20 Suppl 1, i32-i41.
- Hutton EK, Hassan ES, Late vs. Early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA* 2007;297(11):1241-52
- Interagency Working Group. Reducing Neonatal Mortality and Morbidity in Latin America and the Caribbean: An Interagency Strategic Consensus. PAHO/WHO, UNICEF, USAID, ACCESS, BASICS, CORE and SNL/Save the Children/USA. 2007
- Kenya-Mogisha, N. y Pangu, K. (1999). *The Household and Community Component of IMCI: As resource manual on strategies and implementation steps*: UNICEF-ESARO.
- Knippenberg R, Lawn J, Darmstadt G, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N, Paul K. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *The Lancet* –Neonatal Survival. Marzo del 2005.
- Labonte, R. (1987). Community health promotion strategies. *Health Promotion*, 32(Summer), 5-10.
- Lawn J, Kerber, K, BASICS eds. *Opportunities for Africa's newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*. Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), 2006.

- Lawn J, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn survival. In: Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D, Jha P, Mills A, Musgrove P, eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries 2nd edition*. Washington, D.C., The World Bank Group, 2006
- Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet* 2005; 365:891-900.
- Lawn, J. E., Manandhar, A., Haws, R. A., & Darmstadt, G. L. (2007). Reducing one million child deaths from birth asphyxia - a survey of health systems gaps and priorities. *Health Res Policy Syst*, 5, 4.
- Martines J, Paul V, Bhutta Z, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, Bahl R, Fogstad H, Costello A. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* -Neonatal Survival. Marzo del 2005.
- Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, y cols. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Pública* 8(1/2), 2000.
- Obaid, T. A. (2007). Statement on the Occasion of World Population Day 2007: Men at work - men as partners for maternal health. Encontrado el 07/12/07 en <http://www.unfpa.org/wpd/>
- OPS. (2003). Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros, 44 Consejo Directivo CD44.R6. Washington, D.C., EUA: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2005). *Componente del hogar y la comunidad: Guía práctica y mensajes clave para actores sociales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2006). Serie de Guías para los actores sociales de la Alianza regional de AIEPI Comunitario.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2005: Cada madre y cada niño contarán. 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas*. Washington, D.C., EUA. 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. 44.^o Consejo Directivo, 55.^a Sesión del Comité Regional. *La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Washington, D.C., EUA. 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. 47.^o Consejo Directivo. *La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas*. Washington, D.C., EUA. Septiembre del 2006.
- Pan American Health Organization (2007). *Declaration of the Americas on the Renewal of Primary Health Care (PHC)*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pan American Health Organization. (2001-2005). *Regional Community IMCI Project: Empowering Local Communities to Improve Children's Health in Ten Latin American Countries* Washington, DC: OPS – Cruz Roja Americana.
- República de Nicaragua Ministerio de Salud. Evaluación de competencias en la atención del embarazo, parto, posparto, recién nacido y sus complicaciones. Junio del 2006.
- Save the Children. *State of the World's Mothers 2006. Saving the Lives of Mothers and Newborns*. Mayo del 2006.
- The United Nations Children's Fund (UNICEF). *Tracking Progress in Child Survival: The 2005 Report*. Nueva York, EUA. 2005
- Tinker A, Hooper-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. *A continuum of care to save newborn lives*. *The Lancet* 2005; 365:822-5.
- Banco Mundial. Partos atendidos por personal médico calificado y su relación entre ricos y pobres en 9 países seleccionados de América Latina y el Caribe. World Bank online, 2007.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion; First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, Canadá: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization. *Neonatal and perinatal mortality - Country, regional and global estimates*. 2006
- World Health Organization. Strategic Directions for Improving the Health and development of Children and Adolescents. 2003.
- World Health Organization. *The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health: Conceptual and Institutional Framework*. Ginebra, Suiza. 2006.
- World Health Organization. *The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health: Ten-Year Strategy*. Ginebra, Suiza. 2006.
- World Health Organization. *Working towards universal coverage of maternal, newborn and child health interventions*: 58th World Health Assembly. Ginebra, Suiza, 2005.

ANNEXES

Annexe A ■ Aux de mortalité néonatale et maternelle, accouchements assistés par du personnel qualifié et pourcentage de nouveau-nés en insuffisance pondérale à la naissance dans les pays de la Région des Amériques

Pays	Taux de mortalité néonatale (x 1000 nv) ^a	Taux de mortalité périnatale (x 1000 nv) ^b	Cause de mortalité maternelle (x 100 000 nv) ^{a,c,d}	Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié	Pourcentage de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance (<2,500 g) ^a
Scénario 1 : taux de mortalité néonatale de 20 ou plus					
Haïti	34	54	630,0	23,8	21,0
Bolivie	27	31	230,0	60,8	7,0
Guyana	25	40	161,2	85,6	12,6
Scénario 2 : taux de mortalité néonatale entre 15 et 19					
République dominicaine	19	28	80,0	98,7	10,8
Guatemala	19	23	148,8	41,4	6,8
Belize	18	20	68,4	83,8	14,1
Suriname	18	30	110,0	84,5	11,4
Honduras	18	28	108,0	55,7	10,0
Nicaragua	18	23	86,5	66,9	8,4
El Salvador	17	26	71,2	69,4	8,0
Équateur	16	20	85,0	68,7	11,8
Pérou	16	20	185,0	71,1	11,0
Paraguay	16	23	153,5	77,2	5,7
Brésil	15	20	76,1	87,6	8,2
Mexique	15	22	63,4	85,5	8,8
Scénario 3 : taux de mortalité néonatale inférieur à 15					
Colombie	14	23	72,7	90,7	6,2
Tr. Y Tobago	13	–	45,0	–	11,1
Granada	13	–	–	–	9,4
Venezuela	12	18	59,9	94,0	9,5
SK y Nevis	12	–	–	–	9,0
Panama	11	15	66,0	92,5	9,4
SV y Granad.	11	–	–	–	7,9
Argentine	10	14	39,2	98,7	7,3
Jamaïque	10	17	95,0	94,6	11,6
Bahamas	10	–	16,0	–	10,6
Ant. Y Barb.	8	–	–	–	5,3
Uruguay	7	14	11,1	99,4	8,6
Costa Rica	7	13	39,3	97,5	6,8
Chili	6	8	19,8	99,8	5,5
États-Unis	5	8	13,1	99,0	8,1
Cuba	4	14	49,4	99,9	5,4
Canada	3	6	5,9	98,3	5,9
Moyenne	14	21,3	99,6	74,1	9,2

Sources :

^a OPS/OMS, Situation de la santé dans les Amériques. Indicateurs de base, 2007.

^b OMS. Mortalité néonatale et périnatale 2006

^c UNICEF. State of the world's children 2006.

^d WHO. Maternal Mortality in 2007: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA.

^e WHO. Factsheet. Skilled attendant at birth, 2006

Annexe B ■ Compétences du personnel de santé communautaire et activités pour la famille et la communauté

Moment	Activités pour le personnel de santé communautaire	Activités pour la famille et la communauté
Soins prénataux	• Détection précoce de tout signe de danger. • Capacités adéquates de traitement pour la stabilisation des complications. • Présence d'un système communautaire de transfert en cas d'urgences. • Promotion des préparatifs relatifs à l'accouchement. • Promotion et fourniture de vaccins antitétaniques.	• Détection précoce de tout signe de danger. • Sensibilisation de la communauté et sensibilisation autour des soins maternels et néonataux. • Promotion de la vaccination antitétanique. • Promotion de la nutrition de la mère et de la réduction de sa charge de travail. • Système de transfert communautaire en cas de complications.
Soins pendant l'accouchement	• Détection précoce de tout signe de danger. • Capacités adéquates de traitement pour la stabilisation des complications. • Promotion des soins qualifiés pour l'accouchement. • Orientation vers des soins obstétriques d'urgence en cas de besoin. • Fourniture d'éléments pour un accouchement hygiénique en cas d'accouchement à domicile. • Promotion de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.	• Détection précoce de tout signe de danger. • Sensibilisation sur les soins précoces dans des établissements de santé en cas de complications. • Système de transfert communautaire en cas de complications.
Soins au nouveau-né	• Prestation de soins essentiels au nouveau-né. • Détection précoce de tout signe de danger. • Capacités adéquates de traitement pour la stabilisation des complications. • Orientation du nouveau-né pour qu'il reçoive des soins d'urgence en cas de besoin. • Promotion de l'allaitement maternel exclusif. • Promotion de l'hygiène (cordon, yeux et peau) et du lavage des mains. • Soins dans le foyer pour le bébé de faible poids à la naissance. • Promotion et fourniture de vaccins. • Promotion de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.	• Détection précoce de tout signe de danger. • Sensibilisation sur les soins précoces dans des établissements de santé en cas de complications. • Système de transfert communautaire en cas de complications. • Soins essentiels au nouveau-né. • Gestion des cas au niveau communautaire. • Promotion de l'allaitement maternel exclusif. • Promotion des vaccins.
Soins après l'accouchement	• Détection précoce de tout signe de danger. • Capacités adéquates de traitement pour la stabilisation des complications. • Promotion de l'utilisation des services de planning familial. • Promotion de l'allaitement maternel exclusif. • Promotion de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.	• Détection précoce de tout signe de danger. • Sensibilisation sur les soins précoces dans des établissements de santé en cas de complications. • Système de transfert communautaire en cas de complications.

Annexe C ■ Éléments clés pour un processus continu et opérationnel du système de soins

Moment	Activités
Soins préalables à la grossesse pour toutes les femmes en âge de procréer¹²	• Accès à l'assistance sanitaire de bonne qualité pour toutes les adolescentes. • Vaccination (par exemple, le vaccin contre la rubéole et le vaccin contre l'hépatite B). • Nutrition essentielle pour les filles et les femmes, et combat contre les bouleversements de l'alimentation (prévention de l'obésité), y compris l'administration de compléments d'acide folique. • Consultations médicales préventives, évaluation des risques et orientation psychologique (par exemple, prévention de la consommation des substances psychotropes, des comportements à risque). • Planning familial, y compris la promotion de grossesses opportunes avec un espacement suffisant entre les grossesses. • Détection et traitement des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/SIDA. • Traitement des maladies chroniques (par exemple, le diabète, l'hypothyroïdisme, le paludisme, la tuberculose et la maladie de Chagas). • Éducation scolaire en santé reproductive, parentalité responsable et encouragement à des âges précoces à l'allaitement maternel (pour hommes et femmes).
Soins prénataux	Soins prénataux qui incluent quatre consultations médicales et qui comprennent : • Antécédents médicaux et examen physique, avec évaluation de la pression artérielle, la prise de poids et la hauteur du fonds utérin, analyse d'urine pour détection de protéines (bande réactive multiple). • Détection d'anémie (concentration d'hémoglobine). • Groupe sanguin et facteur Rh. • Deux doses du vaccin antitétanique. • Administration de compléments en fer et acide folique. • Orientation et examen de détection de l'infection par le VIH, consommation de drogues, détection et traitement de la syphilis • Détection, traitement et suivi de la femme ayant des antécédents de consommation de drogue. • Détection et orientation des grossesses multiples, position fœtale anormale, pré éclampsie et éclampsie. • Planification des grossesses et préparatifs pour les situations d'urgence. • Orientation prénatale et sur l'accouchement sans risques, et préparation pour l'allaitement maternel. • Orientation et information de soutien aux femmes en situation de violence domestique. • Mobilisation et participation de la communauté. • Détection et traitement d'infections maternelles communes (par exemple, les infections urinaires). • Détection et traitement aux streptocoques pour éviter l'infection du nouveau-né. • Éducation sur les aspects d'hygiène diététique (alimentation, hygiène, repos, habillement). • Éducation sexuelle dans cette étape de la grossesse au couple et planification sexuelle.
Soins pendant l'accouchement	Soins qualifiés pendant les différentes périodes de l'accouchement, y compris : • Les soins actifs au moment de la mise au monde. • L'utilisation du partogramme. • Surveillance du bien-être maternel et fœtal, encourager la présence d'un ami qui apporte un soutien. • Garantir les pratiques d'accouchement hygiéniques et positives. • Le moment optimal pour poser une pince sur le cordon ombilical, 2 minutes après l'expulsion du bébé. • Traitement et orientation clinique en cas de complications pour la mère ou le nouveau-né (soins obstétriques d'urgences au premier niveau), la réanimation du nouveau-né en cas de besoin. • L'ensemble des mesures de soins obstétriques d'urgence (de deuxième et troisième niveaux). • Contrôle et surveillance des sécrétions vaginales de l'accouchée dans les premières 24 heures. • Favoriser l'allaitement maternel précoce (dans la période active du nouveau-né endéans les deux premières heures après la naissance, à condition que les conditions de la mère et du nouveau-né le permettent). • Contrôle et surveillance de la pression artérielle.

1 Services IMAN : Normes de soins de santé sexuelle et génésique des adolescentes (FCH/CA, PAHO/OMS, 2006). Disponible sur <http://www.paho.org/english/ad/fch/ca/sa-servicios.htm>

2 Rapport du CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep 2006; 55 (RR-6):1-23. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>.

Moment	Activités
Soins pour les suites de couches et postnataux	Les soins essentiels pour tout nouveau-né doivent garantir : • La naissance dans un environnement sans risque et avec accès aux soins obstétriques et néonataux complets. • Une relation très proche avec la mère et qui évite les séparations injustifiées de la mère. • L'allaitement maternel précoce et exclusif : succion précoce, proximité et attachement du bébé à la maman, placement de la mère et du bébé dans la même pièce et alimentation sans restriction, les dix étapes pour un bon allaitement maternel, stockage adéquat du lait maternel. • Enseignement aux mères de l'extraction manuelle du lait pour stockage approprié du lait maternel. • Le contrôle de la température corporelle et éviter le bain pendant les 24 premières heures. • Le contrôle des infections, y compris les soins hygiéniques du cordon ombilical. • Après l'accouchement, l'administration de compléments en vitamine A pour la mère. • La prophylaxie oculaire pour éviter la conjonctivite gonococcique. • Information et orientation en ce qui concerne les soins au foyer et les préparatifs pour les situations d'urgence. • Orienter la mère pour assistance au premier contrôle dans un centre de santé avant les cinq jours qui suivent la sortie. • Éducation de la mère pour l'autocontrôle des sécrétions vaginales afin d'identifier des situations de risque et y remédier rapidement. • Contrôle du nouveau-né pour vérifier qu'à la sortie ou avant de laisser la mère au domicile, il a reçu de la vitamine K, une prophylaxie oculaire et que le régime de vaccination contre l'hépatite B a été initié. • Contrôle de l'attachement mère-enfant.
Soins supplémentaires pour les enfants en bas âge	• Visites additionnelles à domicile, à l'appui de l'allaitement maternel, contrôle de la température du nouveau-né et soins hygiéniques du cordon ombilical. • Soins supplémentaires en ce qui concerne la température, l'alimentation et la détection précoce de complications et leur traitement. • Contrôle de la température du nouveau-né par le contact peau contre peau avec la mère (méthode de la « mère kangourou »). • Administration d'un supplément en vitamine K à la naissance. • Soins cliniques dans un établissement de santé des nouveau-nés malades, en particulier pour ceux qui souffrent d'infections, qui sont prématurés ou qui souffrent d'asphyxie périnatale. Suivi à court et à long terme. • La stimulation précoce du développement neural. • Établir avec la mère un calendrier de visites et d'assistance au centre de santé avec la mère / famille (en particulier avec les mères adolescentes).
Ensemble de mesures avant d'autoriser la sortie (dans l'établissement ou avant que la sage-femme quitte la mère en cas d'accouchement à domicile) :	• Évaluation soigneuse des facteurs de haut risque ou des signes de danger (tant chez la mère que chez le nouveau-né), • Orientation pour la mère et le reste de la famille en ce qui concerne les soins préventifs, la reconnaissance des signes d'alarme, la fourniture de soins (que faire et où aller), • Promotion et orientation des soins postnataux précoces, • Suivi des soins en faveur d'un espacement des naissances, de la vaccination, de la nutrition (allaitement maternel), de la surveillance de la croissance et du développement du bébé. • Prélèvement d'échantillons pour la FEI. • Conseiller aux mères de NE PAS donner d'infusions aux nouveaux-nés.
Garantie de soins appropriés au foyer pour la mère et le nouveau-né	• Autonomie, participation et stratégies de communication efficaces, y compris la participation communautaire dans la planification des programmes de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant. • La mobilisation et la participation communautaires, et les communications pour le changement du comportement prénatal et postnatal au foyer afin de promouvoir : les pratiques sanitaires basées sur des preuves (allaitement maternel, contrôle de la température du nouveau-né et soins hygiéniques du cordon ombilical), la recherche de soins et l'exigence de soins cliniques de qualité.
Soins intégrés des maladies de l'enfance	• Intensification de la mise en œuvre de la stratégie AIEPI, en particulier dans les communautés rurales et démunies, y compris la première semaine de vie, qui est fondamentale

Annexe D ■ Différents types de soins nécessaires avant, pendant et après la grossesse, et différents niveaux de participation de la famille jusqu'à l'établissement de santé

Phase	Interventions	Couverture situationnelle (dans les cas où il y a prévalence de certaines conditions spécifiques)	Interventions supplémentaires
Ensemble de mesures de soins familiaux (soins familiaux et communautaires)	- La mobilisation et la participation communautaires et les communications pour le changement de comportement prénatal et postérieur à la naissance au foyer afin de promouvoir : les pratiques des soins néonataux basés sur des preuves (allaitement maternel, contrôle de la température du nouveau-né, soins hygiéniques du cordon ombilical), la recherche de soins et l'exigence de disposer de soins cliniques de qualité. - Promotion et pratique de l'hygiène de l'accouchement et orientation en cas de complications (pour des accouchements à domicile).	Maladie de Chagas, paludisme, syphilis et maladies sexuellement transmissibles (MST), l'infection par le VIH/SIDA, TORCH	Promotion de comportements sains à la maison et d'un environnement propice pour les femmes et les nouveau-nés, y compris la nutrition, l'hygiène et les signes de danger, de même que la prévention de la violence domestique.
Période préalable à la conception	Compléments en acide folique.		
Prénatale	- Consultations de vulgarisation, y compris les antécédents médicaux et un examen physique, avec contrôle de la pression artérielle, de la prise de poids et de la hauteur du fonds utérin, analyse d'urine pour détection de protéines, détection de l'anémie ; deux doses du vaccin antitétanique ; détection et traitement de la syphilis ; orientation sur le plan d'accouchement, les urgences et l'allaitement maternel ; transfert en cas de complications. - Détection et traitement de la bactériurie asymptomatique - Prévention de la pré éclampsie et de l'éclampsie (administration de compléments en calcium).	Traitement présomptif intermittent du paludisme	Vaccin contre la rubéole Accès universel à des services de soins de santé de qualité, y compris le transfert et les examens de détection des MST et de l'infection par le VIH/SIDA et l'accès au planning familial, y compris des programmes spéciaux pour les adolescentes. Encourager à arrêter de fumer et à suspendre la consommation de drogues et d'alcool pendant la grossesse. Détection, traitement et orientation contre les infections pendant la grossesse, y compris la toxoplasmose, la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et l'infection par le VIH/SIDA (y compris la prévention de la transmission de la mère à l'enfant).
Pendant l'accouchement	Ensemble de mesures de soins qualifiés à la mère et de soins néonataux immédiats - Soins actifs et surveillance de la première période de l'accouchement (y compris l'utilisation du partographe) pour le diagnostic précoce des complications ; assistant qualifié pendant l'accouchement ; traitement et orientation clinique en cas de complications chez la mère ou le nouveau-né (soins obstétricaux d'urgence dans un établissement de premier niveau) ; détection précoce ; détection et traitement de l'accouchement par le siège ; hygiène au cours de l'accouchement ; les encouragements		Promouvoir la participation masculine pendant la grossesse et l'accouchement. Traitement antirétroviral pour les mères et les bébés séropositifs. Garantir le transport (par exemple en ambulance) en cas d'urgences dues à des complications obstétriques ou néonatales.

Annexe D continué

Phase	Interventions	Couverture situationnelle (dans les cas où il y a prévalence de certaines conditions spécifiques)	Interventions supplémentaires
Pendant l'accouchement continué	du compagnon ; aide à l'accouchement (y compris l'utilisation de la ventouse obstétricale) ; antibiotiques en cas de rupture prématurée des eaux ; administration de corticostéroïdes en cas d'accouchement prématuré ; réanimation du nouveau-né. Ensemble de mesures de soins obstétriques d'urgence - Détection et traitement clinique des complications obstétriques (arrêt de progression du travail, hémorragies, hypertension, infections), y compris la fourniture des instruments nécessaires pour l'accouchement, la césarienne et les transfusions de sang.		Permettre aux parturientes de boire des liquides, de se déplacer et de changer de position pendant l'accouchement. Soins actifs de la mise au monde. Soins néonataux de base : • Évaluation immédiate du nouveau-né. • Éviter la séparation de la mère et du nouveau-né. • Démarrer l'allaitement maternel dans la première heure. • Appliquer les mesures prophylactiques immédiatement après le contact peau contre peau. • Supplément de vitamine K. • Commencer la vaccination, en fonction du calendrier • Enregistrement du nouveau-né.
Après l'accouchement	Soins communautaires supplémentaires pour les nourrissons de faible poids à la naissance (soins familiaux et communautaires) - Visites à domicile additionnelles ; soutien de l'allaitement maternel, contrôle de la température du nouveau-né et soins hygiéniques du cordon ombilical ; reconnaissance précoce et recherche d'aide en cas de maladies. - Traitement communautaire des cas de pneumonie (soins familiaux et communautaires) - Diagnostic et traitement basés sur l'algorithme de la pneumonie, y compris le traitement avec des antibiotiques par voie orale. - Ensemble de mesures de soins néonataux d'urgence - soins cliniques dans un établissement de santé pour les nouveau-nés malades, en particulier ceux qui souffrent d'infections, les prématurés (par exemple, les nourrissons à forte insuffisance pondérale à la naissance), cas d'asphyxie périnatale ou d'ictère	Méthode des « mères kangourou » (nourrissons de faible poids à la naissance dans des établissements de santé)	Soins de base au nouveau-né et à la mère après l'accouchement • Examen physique de la mère et du nouveau-né, transfert si on détecte des signes de danger. • Orientation sur les aspects fondamentaux des soins et de l'hygiène néonatale, la nutrition et la reconnaissance des signes de danger chez la mère et le bébé.

Basé sur : Darmstadt, G. et al. 2005, "Evidence-based, cost effective interventions: how many newborn babies can we save?" The Lancet, Vol. 365: 12 mars 2005: 977-988.

RÉSOLUTION CD₄₈.R₄, RÉV. I

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION RÉGIONAUX SUR LA SANTÉ NÉONATALE DANS LE CONTEXTE DES SOINS APPORTÉS À LA MÈRE, AU NOUVEAU-NÉ ET À L'ENFANT

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant* (document CD48/7);

Reconnaissant que la mortalité maternelle et néonatale continue à avoir un impact élevé sur la mortalité infantile dans la Région, et qu'il sera nécessaire de redoubler les efforts pour atteindre les buts de la Déclaration du Millénaire ayant trait à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 2015;

Considérant la résolution CD47.R19 (2006) sur la santé néonatale, dans le contexte de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui recommande le développement d'une stratégie et d'un plan d'action pour appuyer la réalisation des buts de la Déclaration du Millénaire; et

Notant que le plan d'action régional aborde les inégalités persistantes, se concentrant sur les groupes marginalisés tout en proposant des stratégies de coopération technique et des approches différenciées pour répondre aux multiples situations dans les pays,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) appuyer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en tant que priorité des programmes de santé en étendant, renforçant ou maintenant l'exécution de la stratégie et du plan d'action régional pour la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant;
 - b) considérer le plan d'action régional pour la santé néonatale dans le contexte des soins lors de la formulation des plans nationaux, et inclure des stratégies différenciées qui répondent effectivement aux multiples situations entre pays et dans les pays, pour protéger les accomplissements récents et atteindre les objectifs liés à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015 inscrits dans la Déclaration du Millénaire;

- c) considérer le renforcement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires pour appuyer l'exécution de stratégies avérées visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale, et à améliorer la collaboration entre programmes et les différents niveaux de soins;
- d) appuyer une forte participation communautaire et de la société civile de sorte qu'elles incluent, dans leurs activités, des actions destinées aux mères, aux nouveaux-nés et aux enfants, dans une approche d'équité, de genre et d'ethnicité;
- e) envisager d'entreprendre, de faciliter et d'appuyer les activités nationales qui favorisent l'accès universel aux soins de santé pour les mères, les nouveaux-nés et les enfants;
- f) considérer le renforcement des cadres nationaux qui protègent les mères, les nouveaux-nés et les enfants;
- g) établir et maintenir des systèmes de suivi et d'information de la santé néonatale de qualité, désagregés par genre, statut socioéconomique, ethnicité et éducation de la mère;
- h) forger des partenariats et associations avec des organisations non gouvernementales, communautaires et religieuses, avec la communauté universitaire et de la recherche, ainsi qu'avec les organismes gouvernementaux concernés, pour renforcer et étendre les politiques et les programmes concernant la santé maternelle, néonatale et de l'enfant.

2. De demander à la Directrice :

- a) d'appuyer les États Membres à développer des plans d'action nationaux destinés à réduire la mortalité maternelle et néonatale, dans le contexte des soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, prenant en considération la stratégie et le plan d'action régional et se concentrant sur les inégalités et les groupes vulnérables et marginalisés;
- b) de collaborer aux évaluations des pays pour assurer des actions correctrices appropriées et probantes;
- c) faciliter l'échange d'expériences réussies et promouvoir la coopération technique horizontale par les États Membres dans l'exécution du plan régional.

(Cinquième réunion, le 1er octobre 2008)



Organisation panaméricaine de la Santé

Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

www.paho.org



USAID
DU PEUPLE AMÉRICAIN