



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 20 au 24 juin 2011

Point 4.10 de l'ordre du jour provisoire

CE148/16, Rév. 1 (Fr.)
8 juin 2011
ORIGINAL : ESPAGNOL

PLAN D'ACTION POUR ACCÉLÉRER LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LES CAS GRAVES DE MORBIDITÉ MATERNELLE

Introduction

1. En sa fonction d'organisme d'appui technique aux ministères de la santé des Amériques, l'OPS propose le « Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité et les cas graves de morbidité maternelle » qui constitue un effort de plus pour améliorer la santé des femmes, et qui contribuera indirectement à ce que les pays réduisent l'écart qui empêche d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement no.5. (1)
2. Le présent document repose sur le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui établit que « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (2). Cette proposition se rapporte au Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques (1990) (3), à la résolution sur la population et la santé reproductive (1998) (4), à la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles (2002) (5), à la Stratégie et au plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008) (6), au Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (2009) (7) et aux thèmes relatifs aux hôpitaux sûrs et aux réseaux intégrés de services de santé (2009) (8).
3. Après que les États membres aient assumé ces engagements, une baisse de la mortalité maternelle a été enregistrée, baisse qui, selon les données des indicateurs de base de santé publiés par l'OPS (9) et fournies par les ministères de la santé, se situe à 29% pour l'ensemble de la Région sur la période comprise entre 1990 et 2010, mais cette baisse continue à être insuffisante pour la réalisation de l'OMD 5.

4. Par conséquent, il est proposé qu'au cours de la période 2012-2017 soient intensifiées les interventions clés dont l'efficacité a été avérée pour réduire la morbidité dans des domaines stratégiques qui garantissent l'accès sans restriction aux soins antérieurs à la conception, aux soins prénatals, de l'accouchement et du post-partum dans des institutions de qualité, dotées du personnel qualifié.

Antécédents

5. La santé de la femme, et en particulier les aspects liés à la maternité, ont été abordés à diverses occasions dans des forums internationaux tels que la Conférence sur la maternité sans risque, qui s'est tenue à Nairobi (Kenya) (1987) (10), la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en Égypte (1994) (11), la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, à Pékin (1995) (12) et le Sommet du Millénaire (2000) (1).

6. En 2002 et en 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé deux résolutions liées à la santé génésique : la WHA55.19 (13) et la WHA57.13 (14); de son côté, le Conseil exécutif de l'OMS a approuvé la résolution EB113.R11 (15) portant sur ce thème. Récemment, dans la résolution R11/8, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (2009) (16) reconnaît que la morbidité maternelle évitable suppose un problème de santé, de développement, de droits de l'homme et de libertés fondamentales. L'adoption de mesures qui garantissent ces droits en conformité aux normes internationales contribuera à la réduction de la mortalité maternelle (17-23). Il y a peu, le 50^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a abordé le thème soumis à sa considération par le biais du document technique *La santé et les droits de l'homme* (document CD50/12 [2010]) (24) et a ensuite approuvé la résolution CD50.R8 (2010).

7. Au niveau régional, le thème a été traité dans diverses réunions des Organes directeurs de l'OPS. En 1990, la 23^e Conférence sanitaire panaméricaine (3) a approuvé le Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles dans les Amériques; en 1998 la résolution CSP25.R13 sur la population et la santé génésique a été approuvée (document CSP25/15) (4), ainsi que, en 2002, la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles (document CSP26/14) (5).

8. Alors qu'il reste quatre ans à peine pour la réalisation des objectifs de l'ODD 5, il faut encore obtenir une réduction de 46% pour atteindre cet Objectif. Par conséquent, en 2010 quatre réunions sur ce thème ont été organisées : la Conférence régionale de Femmes Leaders (25); la Conférence Women Deliver II (26) qui a mis en relief l'investissement limité fait jusqu'à présent pour atténuer le problème de la mortalité maternelle; la réponse du G8 avec l'initiative de Muskoka (27) et l'appel du Secrétaire général des Nations Unies en faveur de l'exécution d'un plan qui contribue à la réduction de la mortalité maternelle (28). L'OPS s'est jointe à cet effort lors du 50^e Conseil

directeur, qui s'est tenu en 2010, pour donner un nouvel élan à l'initiative Maternité sans risque.

9. Les ministres de la santé de la Région déclarent dans le paragraphe 53 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 (29), que « La santé sexuelle et génésique est un thème d'importance prioritaire dans cette Région. Il est indispensable d'accorder à la femme une attention continue, qui commence avec les soins de santé antérieurs à la conception de l'enfant, se poursuit pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, y compris la prise en charge du nouveau-né » comme façon de réduire les inégalités en matière de santé entre les pays et à l'intérieur des pays.

Analyse de la situation

10. Selon les chiffres publiés dans les Indicateurs de base de la santé de 2010 (9) en Amérique latine et dans les Caraïbes (ALC), il se produit 9 500 décès maternels, ce qui représente un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 88,9 par 100 000 naissances vivantes. Neuf pays de la Région montrent des chiffres de RMM supérieurs à la moyenne régionale : Bolivie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Suriname. La majorité des décès a lieu dans la période de l'accouchement et dans les premières heures qui suivent l'accouchement. Pratiquement aucun pays ne montre une vitesse appropriée de baisse de la mortalité maternelle pour atteindre l'OMD 5, même ceux avec des RMM plus bas, tels que le Canada et les États-Unis d'Amérique.

11. Environ 95% de la mortalité maternelle en ALC est imputable aux dénommés décès maternels de cause directe et ils peuvent être prévenus au moyen des connaissances qui sont disponibles actuellement dans les pays. Les causes les plus fréquentes sont l'hémorragie post-partum (21%), l'hypertension provoquée par la grossesse (26%), les complications liés à l'avortement dans des conditions à risque (13%), un état septique (8%), l'accouchement obstrué dans les pays où la couverture des accouchements institutionnels est faible (12%) et d'autres causes directes (15%).

12. La violence contre les femmes constitue un autre facteur de risque de décès maternel. L'OMS a démontré que de 15 à 71% des femmes subissent des violences physiques et sexuelles perpétrées par leur partenaire (30) et durant la grossesse, ce chiffre est de 4 à 32%. Dans 90% de ces cas, l'agresseur est le père biologique (31). Même si la violence n'est habituellement pas considérée comme une des causes de mortalité maternelle, on a constaté dans trois villes des États-Unis qu'elle avait été la cause principale dans 20% des cas (32).

13. De nombreux décès sont apparentés à la grossesse non désirée et aux limitations à l'accès aux méthodes de contraception ; ce phénomène peut être observé dans le pourcentage élevé de besoins insatisfaits en ce qui concerne les méthodes de contraception, qui oscille entre 20% et 40% (9) pour la population générale et qui est plus élevé chez les adolescentes. Il faut ajouter à ceci que de nombreux pays ont des cadres législatifs qui ne sont pas favorables à l'accès aux méthodes de contraception ; un exemple concret de cette situation est celui des contraceptifs oraux d'urgence (33).

14. Les chiffres de la couverture des soins prénatals et des soins de l'accouchement semblent élevés, mais ils cachent des inégalités; à titre d'exemple, il faut mentionner que 46% seulement des femmes enceintes dans les populations rurales se rendent à quatre visites anténatales, par rapport à 74% des femmes vivant en milieu urbain (34). D'autres communautés marginales comme les pauvres, les autochtones et les afro-descendants montrent des couvertures inférieures et présentent un RMM élevé.

15. Souvent les soins qui sont à la portée des femmes dans la période prénatale et l'accouchement ne suivent pas les recommandations internationales et le contrôle de la période de soins antérieurs à la conception n'existe pratiquement pas dans notre Région. Par ailleurs, les services obstétricaux essentiels ne sont pas distribués d'une façon homogène et sont souvent de mauvaise qualité, parce qu'il n'existe pas de personnel qualifié doté des compétences requises. De même, toutes les institutions ne peuvent pas satisfaire les nécessités de base ni fournir tous les intrants, tels que les réactifs de laboratoire et le sang sûr. En résumé, on peut dire qu'il y a des lacunes en ce qui concerne la couverture, la qualité, la disponibilité des intrants, la continuité des soins et l'accès équitable aux services de santé sans la discrimination due aux conditions géographiques, économiques ou culturelles des femmes.

16. Les cas graves de morbidité maternelle constituent un phénomène moins étudié en ALC, et selon les calculs, il se produit jusqu'à 20 cas pour chaque décès maternel enregistré (35). Parmi ceux-ci, un quart d'entre eux pourrait souffrir de séquelles graves et permanentes. La morbidité maternelle se produit essentiellement dans certains milieux géographiques et démographiques des pays, raison pour laquelle il est nécessaire d'y concentrer les initiatives régionales et nationales pour la réduire.

17. Cette analyse de la situation et la proposition qui sera formulée à la suite sont en accord avec les résultats que l'on souhaite atteindre dans le cadre de l'objectif stratégique 4 du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, en particulier dans ses résultats prévus au niveau de l'ensemble de l'Organisation 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7 et 10.1, qui ont leur contrepartie dans les résultats prévus au niveau régional du Plan stratégique de l'OPS.

Proposition

18. La mortalité maternelle évitable est l'expression de l'inégalité et du manque d'autonomisation des femmes. S'il est certain que les déterminants socioéconomiques, culturels et environnementaux sont des facteurs clés qui interviennent dans la diminution de la mortalité maternelle, dans le secteur de la santé certaines mesures concrètes peuvent être prises, qui sont liées directement à sa diminution. On peut citer parmi ces dernières : l'organisation des services de santé pour porter à la femme des soins avant la grossesse, pendant la période prénatale, lors de l'accouchement et pendant la période post-partum. Il y a dans ce plan d'action des éléments critiques que l'on prétend à aborder de forme concrète afin d'éviter les décès maternels.

19. Les objectifs généraux du plan d'action sont les suivants :

- a) contribuer à accélérer la réduction de la mortalité maternelle,
- b) renforcer la surveillance et la prévention des cas graves de morbidité maternelle.

20. Quatre domaines stratégiques et neuf interventions qui ont fait la preuve de leurs avantages pour la santé maternelle et périnatale ont été identifiés et priorisés.

21. Le Plan sera exécuté entre 2012 et 2017 au moyen du renforcement des alliances à différents niveaux comme par exemple le groupe de travail régional (GTR) pour la réduction de la mortalité maternelle, les sociétés scientifiques, les milieux universitaires et la société civile.

Domaine stratégique 1 : Prévention des grossesses non désirées et des complications qui en découlent

Objectif 1 : Augmenter l'utilisation de méthodes de contraception modernes pour les femmes en âge de procréer.

Interventions efficaces

- Augmenter la couverture des méthodes de contraception (y compris les méthodes de contraception d'urgence) et des services de conseils en planification familiale antérieure à la conception et après un événement obstétrique.

Cible 1 : Pour 2017, les pays de la Région auront diminué de 20% l'incidence des besoins insatisfaits en matière de méthodes de contraception.

Indicateurs

- Taux d'utilisation de méthodes de contraception modernes chez les femmes en âge de concevoir. (Référence : 60%. Cible : 70%.)
- Nombre de pays qui possèdent des données nationales sur les conseils en méthodes de contraception post-partum et/ou post-avortement dans les services de santé. (Référence : à définir¹. Cible : 90%.)

Activités au niveau régional

- 1.1 Activités de promotion pour réduire l'influence négative des facteurs éducatifs, culturels, sociaux et religieux dans la prestation de services de contraception.
- 1.2 Diffuser le manuel *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*, l'outil de prise de décisions pour les usagers et les prestataires de services de planification familiale et la série de critères médicaux d'éligibilité pour l'utilisation de méthodes de contraception élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé.
- 1.3 Organiser des ateliers de formation avec les instruments mentionnés.
- 1.4 Favoriser l'établissement avec d'autres associés d'un fonds régional pour l'achat de contraceptifs.

Activités au niveau national (États membres avec l'appui de l'OPS)

- 1.5 Formuler et/ou adapter les lois et les cadres réglementaires nationaux en vue de l'accès universel aux méthodes de contraception modernes.
- 1.6 Veiller à ce que les adolescents aient accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive, en particulier sur le report du début des relations sexuelles.
- 1.7 Promouvoir des plans et des programmes qui envisagent l'espacement des grossesses.
- 1.8 Formuler un plan national de planification familiale avec son budget correspondant, conformément aux besoins des différents groupes de personnes.
- 1.9 Organiser des ateliers de formation pour le personnel de santé mettant spécialement l'accent sur les soins primaires de santé, les méthodes de contraception et en particulier les méthodes d'urgence.
- 1.10 Garantir la fourniture et la logistique des contraceptifs dans le Réseau intégré de services de santé et par-dessus tout dans les établissements de soins de santé primaires.
- 1.11 Encourager le renforcement de comités nationaux et locaux pour inclure le thème de la prévention des grossesses non désirées.

¹ Les données sont en train d'être rassemblées pour connaître la Référence de différents indicateurs. Cette information devrait pouvoir être incorporée après la 148^e session du Comité exécutif.

- 1.12 Mettre en pratique des stratégies de communication sociale en matière de santé sexuelle et reproductive.

Domaine stratégique 2 : Accès universel à des services de maternité gratuits et de qualité dans le Réseau intégré de services de santé (RISS)

Objectif 2 : Compter sur des services de soins maternels de qualité dans un RISS.

Interventions efficaces

- Accès à des soins institutionnels gratuits et de qualité pour la période antérieure à la conception et les périodes prénatale, de l'accouchement et post-partum.
- Foyers maternels.
- Utilisation de pratiques fondées sur des preuves scientifiques.
- Assurer la dérivation et la contre-dérivation opportunes.

Cible 2.1 : Pour 2017, les pays de la Région auront atteint le chiffre de 70% de grossesses avec quatre visites de contrôle prénatales programmées ou plus.

Cible 2.2 : Pour 2017, les pays de la Région auront atteint le chiffre de 60% de contrôle puerpéral dans les premiers 15 jours qui suivent l'autorisation de sortie.

Cible 2.3 : Pour 2017, les territoires ayant des difficultés d'accès géographique auront adopté la stratégie de foyers maternels, au sein du RISS.

Cible 2.4 : Pour 2017, la prévalence de l'usage des pratiques profitables sélectionnées pour diminuer la morbidité et la mortalité maternelles aura augmenté.

Indicateurs

- Nombre de pays qui ont 70% de couverture prénatale avec quatre visites de contrôle ou plus. (Référence : à définir. Cible : 90% des pays.)
- Couverture institutionnelle de l'accouchement. (Référence : 89,8%. Cible : 93%)
- Nombre de pays qui ont comme minimum 60% de couverture de post-partum. (Référence : à définir. Cible : 80% des pays.)
- Nombre de pays qui utilisent des ocytociques dans 95% des cas après l'accouchement. (Référence : à définir. Cible : 100% des pays.)
- Nombre de pays qui utilisent dans 95% des cas du sulfate de magnésium dans le traitement de la prééclampsie/éclampsie. (Référence : à définir. Cible : 100% des pays.)
- Nombre de pays avec disponibilité de sang sûr dans 95% des établissements qui pratiquent les accouchements. (Référence : à définir. Cible : 100% des pays.)

Activités au niveau régional

- 2.1 Disséminer le *Guide pour le continuum des soins apportés à la femme et au nouveau-né*, qui englobe les soins depuis la période antérieure à la conception jusqu'au post-partum.
- 2.2 Disséminer les technologies périnatales élaborées par CLAP/OPS.
- 2.3 Disséminer la stratégie de foyers maternels.
- 2.4 Disséminer des manuels pour les urgences obstétricales et de conditions d'efficacité.
- 2.5 Disséminer la bibliothèque virtuelle de santé sexuelle et reproductive de l'OMS.
- 2.6 Faire connaître les modèles réussis dans la Région, liés à la santé maternelle et périnatale en plus de ceux tirés de l'initiative de la maternité sans risque.

Activités au niveau national

- 2.7 Formuler et adapter les lois et les cadres réglementaires nationaux en vue de l'accès universel à des services de maternité de bonne qualité.
- 2.8 Formuler et exécuter un plan national de maternité sans risque avec son budget correspondant, qui inclut des systèmes de dérivation et de contre-dérivation.
- 2.9 Organiser des ateliers de formation pour le personnel de santé, fondés sur les soins de santé primaires, depuis les soins antérieurs à la conception jusqu'au post-partum.
- 2.10 Mettre en fonctionnement les foyers maternels.
- 2.11 Veiller à ce que dans les visites de contrôle prénatales la pression artérielle, la hauteur utérine et le poids de la mère soient enregistrés, l'anémie et la protéinurie soient vérifiées et qu'il y ait un dépistage de la syphilis et du VIH.
- 2.12 Évaluer les conditions d'efficacité du RISS et promouvoir son amélioration.
- 2.13 Veiller à la présentation de rapports, au suivi et à la supervision des services fournis.
- 2.14 Organiser des enquêtes de satisfaction des usagers.
- 2.15 Réglementer l'accompagnement de la femme enceinte pendant le travail et l'accouchement.

Domaine stratégique 3 : Ressources humaines qualifiées

Objectif 3 : Garantir le nombre de ressources humaines qualifiées pour les soins antérieurs à la conception, les soins prénatals, durant l'accouchement et le post-partum dans les établissements du RISS.

Interventions efficaces

- Disponibilité de personnel de santé qualifié pour les soins antérieurs à la conception, les soins prénatals, de l'accouchement et du post-partum, dans les milieux de soins obstétricaux d'urgence et de base.
- Disponibilité de ressources humaines pendant 24 heures pour les soins de l'accouchement.

Cible 3 : Pour 2017, 90% des pays de la Région auront atteint une couverture de soins de l'accouchement et du post-partum de 80% ou plus, avec des ressources humaines qualifiées, en conformité à la définition de l'OMS.

Indicateurs

- Nombre de pays qui ont des couvertures de soins de l'accouchement égales ou supérieures à 80% par du personnel qualifié, en conformité à la définition de l'OMS. (Référence : 43. Cible : 48.)
- Nombre de pays qui ont des couvertures de soins du post-partum égales ou supérieures à 80% par du personnel qualifié, en conformité à la définition de l'OMS. (Référence : 23. Cible : 48.)

Activités au niveau régional

- 3.1 Appuyer la formulation et le renforcement des programmes de formation de ressources humaines pour les soins antérieurs à la conception, les soins maternels et périnatals, de premier cycle et du troisième cycle.
- 3.2 Élaborer du matériel pour la formation des ressources humaines qui comporte l'utilisation des nouvelles technologies de l'information.

Activités au niveau national

- 3.3 Identifier le nombre de ressources existantes par catégorie professionnelle et compétences, et déterminer les insuffisances existantes pour obtenir des soins de qualité.
- 3.4 Définir les compétences et les contenus minimums en matière de soins antérieurs à la conception, maternels et périnatals pour les agents de santé conformément aux nécessités du pays.
- 3.5 Formuler un plan national de ressources humaines avec son budget correspondant.
- 3.6 Formuler et mettre en pratique des stratégies pour la formation continue en santé antérieure à la conception, maternelle et périnatale des agents de santé des différents niveaux de soins.

- 3.7 Créer des incitations pour améliorer la prospection et la rétention du personnel dans les populations et les zones les plus négligées (zones rurales et difficiles d'accès).

Domaine stratégique 4 : Information stratégique pour l'action et la reddition de comptes

Objectif 4 : Renforcer les systèmes d'information et de surveillance de la santé maternelle et périnatale dans le cadre des systèmes d'information des RISS.

Interventions efficaces

- Planter et consolider les systèmes d'information et de surveillance maternelle et périnatale.
- Établir des comités d'analyse de la mortalité maternelle avec participation communautaire.

Cible 4 : Pour 2017, 60% des pays de la Région disposeront de systèmes capables de produire l'information sur la santé maternelle et périnatale dans le RISS.

Indicateurs

- Nombre de pays avec un RISS qui disposent d'un système d'information périnatal opérationnel. (Référence : 16 pays. Cible : 29.)
- Nombre de pays avec un RISS qui disposent d'un système d'enregistrement pour les cas graves de morbidité maternelle. (Référence : à définir. Cible : à définir.)

Activités au niveau régional

- 4.1 Promouvoir l'usage d'antécédents cliniques périnatals (HCP) avec appui informatique qui permettent l'analyse automatisée de l'information.
- 4.2 Diffuser le système informatique périnatal CLAP/OPS.
- 4.3 Développer du matériel pour la formation sur l'interprétation de l'information.
- 4.4 Favoriser le renforcement de la surveillance épidémiologique et la formation de comités d'analyse des cas graves de morbidité et de mortalité maternelles.

Activités au niveau national

- 4.5 Formuler et adapter des cadres réglementaires pour l'usage des HCP.
- 4.6 Mettre en œuvre un plan national avec son budget correspondant pour le renforcement des systèmes d'information et de surveillance de la santé maternelle et périnatale.

- 4.7 Organiser des ateliers de formation pour le personnel de santé en matière de préparation d'histoires cliniques, de certificats de statistiques vitales, d'analyse et d'usage de l'information.
- 4.8 Constituer ou renforcer les comités intersectoriels d'analyse des cas graves de morbidité et de mortalité maternelles avec une participation communautaire au processus.
- 4.9 Attribuer le budget et le personnel adéquats pour superviser l'exécution des normes de soins.

22. Pour le développement de ces domaines stratégiques, conjointement avec d'autres organisations l'OPS appliquera une approche interprogrammatique, mettra l'accent sur les pays prioritaires et ceux à impact élevé, construira des réseaux et mobilisera des ressources. L'OPS fournira une coopération technique pour l'exécution, le suivi et l'évaluation du plan, le divulguera, appuiera la systématisation des bonnes pratiques, et encouragera l'échange des meilleures expériences et la coopération entre les pays.

Suivi, analyse et évaluation

23. Ce plan d'action contribue au succès des objectifs stratégiques 4² et 10³ du Plan stratégique de l'OPS. Les résultats prévus au niveau régional auxquels ce Plan contribue, sont détaillés à l'annexe B. Le suivi et l'évaluation de ce Plan seront alignés sur le cadre de la gestion fondée sur les résultats de l'Organisation, ainsi que sur ses processus de suivi et l'évaluation de la performance. En ce sens, des rapports de situation fondés sur l'information disponible seront préparés à la fin de chaque période biennale.

24. Les sources de vérification des données incluront les statistiques vitales, des enquêtes nationales sur la santé et des études spécifiques à ce plan. De plus, les indicateurs d'impact suivants seront enregistrés :

- a) ratio de mortalité maternelle et par causes,
- b) ratio de cas graves de morbidité maternelle et par causes.

25. Il est prévu de procéder à des évaluations au cours du processus, en vue d'appliquer des mesures correctives si besoin en est. À la fin de la période du Plan, une évaluation sera effectuée afin de déterminer les forces et les faiblesses de son exécution générale, ainsi que les facteurs responsables des succès et des échecs, et les actions futures.

² OS4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé dans les étapes-clés de la vie, telles que la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, améliorer la santé sexuelle et reproductive et promouvoir le vieillissement actif et sain de toutes les personnes.

³ OS10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.

Conclusion

26. Bien que le thème de la réduction de la morbidimortalité maternelle ait été abordé dans la Région, les résultats continuent d'être insuffisants. Si l'on dispose désormais du savoir sur les interventions efficaces par rapport au coût pour éviter plus de 80% de la mortalité maternelle, les femmes et leurs enfants continuent à se heurter à des barrières financières, géographiques et sociales qui les empêchent d'avoir accès à des services de qualité. L'OPS espère que l'approbation et l'exécution de ce plan d'action, avec l'engagement le plus vaste des pays des Amériques, permettra aux femmes et aux enfants l'exercice de leurs droits fondamentaux et contribuera à la justice sociale.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

27. Le Comité exécutif est prié d'examiner le document présenté et d'étudier la possibilité de recommander au Conseil directeur l'approbation de la résolution qui figure à l'annexe A.

Références

1. Nations Unies. Déclaration du Millénaire [Internet]. Cinquante-cinquième période de sessions de la Assemblée Générale des Nations Unies ; 13 septembre 2000. New York : ONU ; 18 septembre 2000 (résolution A/RES/55/2) [Consultée le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.pdf>
2. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. [Internet]. OMS. Documentos fondamentaux. Genève : OMS ; 2010. [Consulté le 25 avril 2011]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/bd/F/F_index.html
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. 23.^a Conferencia Sanitaria Panamericana; del 24 al 28 de septiembre de 1990, Washington (DC) États-unis, Washington (DC): OPS; 1990 (document CSP23/10).

4. Organisation panaméricaine de la Santé. Population et santé génésique [Internet]. 25^e Conférence sanitaire panaméricaine, 21-25 sept. 1998 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS 1998 (document CSP25/15) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : http://www.paho.org/french/gov/csp/csp25_15.pdf.
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles [Internet]. 26^e Conférence sanitaire panaméricaine ; du 23 au 27 septembre 2002 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2002 (document CSP26/14) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.paho.org/french/gov/csp/csp26-14-f.pdf>.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action régional sur la santé du nouveau-né dans le contexte du processus continu de l'attention à la mère, au nouveau-né et à l'enfant [Internet]. 48^e réunion du Conseil directeur ; du 29 septembre au 3 octobre 2008, Washington (DC), États-Unis. Washington, DC: OPS 2008 (document CD48/7-8). [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48-07-f.pdf>.
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé des adolescentes et des jeunes [Internet]. 49^e c ; du 28 septembre au 2 octobre 2009, Washington (DC), États-Unis. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/12) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-f.pdf>.
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires [Internet]. 49^e réunion du Conseil directeur ; du 28 septembre au 2 octobre 2009, Washington (DC), États-Unis. Washington, DC : OPS ; 2009 (résolution CD49.R22) [consultée le 2 mars 2011]. Disponible sur : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Fr.).pdf).
9. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2010 : situación de salud en las Américas : indicadores básicos 2010 [Internet] Washington (DC), États-Unis : OPS ; 2011 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid=.
10. Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo : Iniciativa por una maternidad sin riesgos, Nairobi, Kenya, 1987. Ginebra, Suiza : OMS; 1988.

11. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, septiembre de 1994, El Cairo, Egipto. Resumen del programa d'acción. [Internet]. Nueva York : FNUAP ; 1994 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en : <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
12. Naciones Unidas. Conferencia Mundial sobre la Mujer : La mujer indígena se hace cargo de su destino ; 4 de septiembre de 1995 ; Beijing, China [Internet]. Nueva York : Naciones Unidas ; 1995 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en : <http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>.
13. Organisation mondiale de la Santé. Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire [Internet]. 55^e Asssemblée mondiale de la Santé ; du 13 au 18 de mai 2002 ; Genève, Suisse. Genève, Suisse : OMS ; 2002 (résolution A55.19) [consultée le 24 février 2002]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fwha5519.pdf
14. Organisation mondiale de la Santé. Santé génésique [Internet]. 57^e Asssemblée mondiale de la Santé ; du 17 au 22 mai 2004 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2004 (document A57/13) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_13-sp.pdf.
15. Organisation mondiale de la Santé. Santé génésique : projet de stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international [Internet]. 113^e réunion du Conseil exécutif ; du 19 au 24 janvier 2004 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2004 (résolution EB113.R11) Disponible sur : http://wwwstage.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/feb113r11.pdf.
16. Nations Unies. Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme [Internet]. Onzième période de sessions du Conseil des droits de l'homme ; du 2 au 9 juin 2009, Genève, Suisse. Genève : OMS 2009 (résolution R11/8) [consultée le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.awid.org/fre/Library/Mortalite-et-morbidite-maternelles-evitables-et-droits-de-l-homme>.
17. Organización Panamericana de la Salud. Objetivo Estratégico 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos. En : Propuesta del Plan Estratégico 2008-2010 [Internet]. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana ; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos.

Washington (DC) : OPS;. 2007, (Documento oficial ; 328) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en :

<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-full-s.pdf>.

18. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 16 diciembre de 1966; Nueva York: ONU; 1966 (resolución 2200 A [XXI] entrada en vigor el 23 de marzo de 1976) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en:

<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0015.pdf>.

19. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. Vigésimo primer período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas ; 16 diciembre de 1966 ; Nueva York : ONU ; 1966 (resolución 2200 A [XXI] entrada en vigor el 3 de enero de 1976) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en :

<http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.

20. Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer [Internet]. Trigésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 18 de diciembre de 1979 ; Nueva York : ONU 1979. (resolución 34/180, en vigor el 3 de septiembre de 1981) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en : <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>.

21. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Cuadragésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 20 noviembre de 1989. Nueva York. Nueva York : ONU (resolución 44/25, en vigor el 3 de septiembre de 1990) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en :

<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

22. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” [Internet]. Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos; del 7 al 22 de noviembre de 1969; San José, Costa Rica. Depositario: Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Washington (DC) Estados Unidos (Serie sobre Tratados OEA No. 36 – Registro ONU 27/08/1979 N° 17955) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en:

<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0001.pdf>.

23. Organización de los Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Protocolo de San Salvador [Internet]. Decimotercer período ordinario de sesiones de la Asamblea

General de la OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos; del 14 al 19 de noviembre de 1988; San Salvador, El Salvador. Washington (DC): OEA; 1992 (tratado A/52 en vigor el 16 de noviembre de 1999) [consultado el 2 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.cidh.org/Basicos/Spanish/Basicos4.htm>.

24. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme [Internet]. 50^e. Conseil directeur de l'OPS, 62.^a session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2010 (document CD50/12 et résolution CD50.R8) [consultés le 2 mars 2011]. Disponibles sur: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8957.
25. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Regional de Mujeres Líderes: Muerte Materna: “Romper el silencio, sumar nuestras voces” [Internet]; del 27 al 28 de mayo del 2010; Lima, Perú. UNFPA; 2010 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/5692;jsessionid=F8AF32A0363D827C0EAD33690C9BB8BE>.
26. Women Deliver. Delivering solutions for girls and women [Internet]. En: The Women Deliver 2010 Conference; 9 de junio del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): Women Deliver [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.womendeliver.org/conferences/-2010-conference/>.
27. Muskoka 2010 G-8 Summit. Major initiative to improve the health of women and children in the world's poorest regions [Internet]. Muskoka, Ontario, Canadá, del 25 al 26 de junio del 2010 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.canadainternational.gc.ca/g82010/index.aspx>.
28. Naciones Unidas. Secretario Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño del Secretario General Ban Ki-moon [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 22 de septiembre del 2010 [consultado el 24 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/sg/globalstrategy.shtml>.
29. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire pour les Amériques: 2008-2017 présenté par les ministres de la santé des Amériques au Panamá, juin 2007 [Internet]. Washington (DC) États-Unis : OPS; 2007 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur: http://new.paho.org/hss/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10415&Itemid=99999999.

30. Garcia Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women : initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; 2005 [consulté el 2 de marzo del 2011]. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/index.html>.
31. Garcia-Moreno C, Ed. Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals [Internet]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé ; 2005 [consulté 2 mars 2011]. Disponible sur : http://www.who.int/gender/documents/violence/who_fch_gwh_05_1/en/.
32. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women* 2004;10(7):770-789.
33. Heise L, Garcia-Moreno C. Dans : Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (eds.). Informe Mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington (DC), Estados Unidos : OPS ; 2003 (Publicación Científica y Técnica No. 588) p. 95-124 [consulté 2 mars 2011]. Edition original en anglais ; Genève : OMS ; 2002. Disponible sur : http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm.
34. Abou-Zahr CL, Wardlaw TM. Antenatal care in developing countries : promises, achievements and missed opportunities : an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001 [Internet]. Genève, Suisse : OMS ; 2003 [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>.
35. Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bull World Health Organ* [Internet] 2010;88(2):113-119 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n2/v88n2a12.pdf>.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 20 au 24 juin 2011

CE148/16, Rév. 1 (Fr.)
Annexe A
ORIGINAL : ESPAGNOL

PROJET DE RÉOLUTION

PLAN D'ACTION POUR ACCÉLÉRER LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LES CAS GRAVES DE MORBIDITÉ MATERNELLE

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle*, (document CE148/16),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

PLAN D'ACTION POUR ACCÉLÉRER LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LES CAS GRAVES DE MORBIDITÉ MATERNELLE

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle*, (document CD51/___) ;

Tenant compte des mandats internationaux proposés dans le Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques (document

CSP23/10 [1990]); de la résolution sur la population et la santé génésique (CSP25.R13 [1998]); de la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles (CSP26/14 [2002), des résolutions WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) et EB113.R11 (2004) sur la santé génésique approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif de l'OMS respectivement; des forums de Nairobi (1987), du Caire (Égypte, 1994), de Beijing (1995); de la Déclaration du Millénaire (2000) et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ;

Tenant compte de la résolution R11/8 du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (2009), de la résolution CD50.R8 du 50^e Conseil directeur de l'OPS (2010) et du document technique sur la santé et les droits de l'homme (CD50/12), ainsi que du degré élevé de complémentarité entre ce plan et les autres objectifs établis dans la Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS modifié (document officiel 328 [2009]) ;

Soulignant que la mortalité maternelle est une manifestation d'inégalité qui affecte tous les pays de la Région, qu'il existe des interventions efficaces par rapport au coût dans ce secteur qui peuvent avoir un impact réel et à court terme pour sa diminution ;

Considérant l'importance de disposer d'un plan d'action qui permet aux États membres de répondre de façon efficace et efficiente,

DÉCIDE :

1. D'approuver le présent Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle et sa considération dans les politiques, plans et programmes de développement, ainsi que dans les propositions et la discussion des budgets nationaux et qui leur permettent de répondre à l'amélioration de la santé maternelle.
2. De prier instamment les États membres :
 - a) de considérer le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et l'appel du Secrétaire général des Nations Unies en 2010 en faveur d'un plan qui contribue à la réduction de la mortalité maternelle ;
 - b) d'adopter des politiques, stratégies, plans et programmes nationaux qui augmentent l'accès des femmes à des programmes et des services de santé adaptés à leurs besoins, y compris en particulier des programmes de promotion et de prévention fondés sur les soins de santé primaires prodigués par du personnel qualifié, qui intègrent les soins antérieurs à la conception, les soins de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, ainsi que la gratuité de tous ces services pour les populations les plus vulnérables ;

- c) de promouvoir un dialogue entre institutions du secteur public, du secteur privé et de la société civile, afin de prioriser la vie des femmes comme une question de droits et de développement humains ;
- d) d'adopter une politique des ressources humaines en termes de quantité et de qualité qui apporte une réponse aux besoins des femmes et des nouveau-nés;
- e) de renforcer la capacité de produire l'information et la recherche pour le développement de stratégies fondées sur des données probantes et sur les besoins de ce groupe de population, qui permettent le suivi et l'évaluation de leurs résultats ;
- f) de mettre en marche des processus de révision et d'analyse internes sur la pertinence et la viabilité du plan présent dans le contexte national, qui soient fondés sur les priorités, nécessités et capacités nationales.

3. De demander à la Directrice :

- a) d'appuyer les États membres dans l'exécution du présent Plan d'action, conformément à leurs besoins et leur contexte démographique et épidémiologique ;
- b) de promouvoir l'exécution et la coordination de ce Plan d'action, en garantissant sa transversalité à travers les domaines programmatiques, les différents contextes régionaux et infrarégionaux de l'Organisation et à travers la collaboration avec les pays et entre les pays dans la conception de stratégies et l'échange de capacités et de ressources pour mettre en pratique leurs plans de santé de la femme ;
- c) de stimuler et de renforcer les systèmes d'information et de surveillance de la santé maternelle et de promouvoir le développement de recherches opérationnelles pour concevoir des stratégies destinées à mettre en pratique des interventions fondées sur les besoins spécifiques des contextes de la Région ;
- d) d'appuyer les États membres dans le développement et la création de capacités en vue de la préparation et de la distribution appropriée des ressources humaines en santé maternelle et néonatale ;
- e) de consolider et de renforcer la collaboration technique avec les comités, les organes et les réunions des Nations Unies sur les grossesses non désirées et les avortements à risque et les organismes interaméricains, en plus de promouvoir des alliances avec d'autres organismes internationaux et régionaux, des institutions scientifiques et techniques, la société civile organisée, le secteur privé et autres,

dans le cadre du groupe de travail régional pour la réduction de la mortalité maternelle ;

- f) d'informer périodiquement les Organes directeurs de l'OPS sur les progrès et les limitations dans l'exécution du Plan d'action, ainsi que des adaptations de ce dernier à de nouveaux contextes et besoins, si la nécessité s'en faisait sentir.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE148/16, Rév. 1 (Fr.)
Annexe B

**Rapport sur les incidences financières et administratives
qu'aura pour le Secrétariat le projet de résolution**

1. Point de l'ordre du jour : Point 4.10 Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle

2. Lien avec le programme et budget 2010-2011 :

a) Domaine d'activité :

Objectif stratégique 4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé dans les étapes-clés de la vie, telles que la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, améliorer la santé sexuelle et génésique et promouvoir le vieillissement actif et sain de toutes les personnes.

RPR 4.1 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour formuler des politiques, plans et stratégies intégraux qui favorisent l'accès universel à la continuité des soins pendant tout le cycle de la vie, pour intégrer la prestation des services et pour renforcer la coordination avec la société civile et le secteur privé, ainsi que les alliances avec les organismes des Nations Unies et autres (par exemple, organisations non gouvernementales).

RPR 4.2 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique afin de renforcer la capacité nationale et locale pour produire de nouvelles données probantes et interventions, et pour améliorer les systèmes de surveillance et d'information sur la santé sexuelle et génésique, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la personne âgée.

RPR 4.3 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour renforcer les mesures destinées à assurer l'attention due à toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés pendant l'accouchement, le post-partum et la période postnatale.

RPR 4.4 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour améliorer la santé néonatale.

RPR 4.6 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour l'application de politiques et de stratégies de santé et de développement de l'adolescent.

RPR 4.7 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour appliquer des stratégies de santé génésique destinées à améliorer les soins prénatals, périnatals, du post-partum et néonataux, et offrir des services de planification familiale de qualité élevée.

Objectif stratégique 10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.

RPR 10.1 Les États membres reçoivent un appui à travers la coopération technique pour offrir un accès équitable à des services de soins de santé de bonne qualité, qui mettent l'accent sur les groupes vulnérables de la population.

3. Incidences financières

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :

Ce plan d'action ne peut être abordé par la seule OPS en ce qui concerne les interventions et les incidences financières proposées ; par conséquent, la collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies et autres intéressés directs est essentielle aux niveaux régional, infrarégional et national.

Le coût calculé de l'exécution du plan d'action est d'US \$30 000 000 pour l'ensemble du plan.

Ce montant inclut le maintien du personnel actuel, le recrutement de personnel supplémentaire, et l'exécution des activités aux niveaux régional, infrarégional et national.

b) Coût estimatif pour la période biennale 2012-2013 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

\$10 000 000.

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :

\$600 000 peuvent se subsumer dans les activités programmées existantes prévues pour la période biennale 2012-2013.

4. Incidences administratives

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

Le travail sera entrepris au niveau des pays, et sera axé sur les pays prioritaires et sur d'autres pays au chiffre de mortalité maternelle élevé.

L'intégration à d'autres programmes des domaines de la communauté, la famille, le genre, les populations autochtones, ainsi que des déterminants de la santé et services de santé, sera essentielle pour le Plan.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

- 1 conseiller régional
- 1 secrétaire
- 15 professionnels nationaux

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

2011 : approbation du plan d'action.

2012-2017 : mise en pratique du plan (en phases).

Phase 1 (2011) : élaboration du plan d'action et de la stratégie de suivi dans les quatre langues de la Région, et préparation de la Référence.

Phase 2 (2012-2013) : adoption de la Référence, organisation de deux réunions régionales (en espagnol et en anglais), mise en œuvre du plan d'action (réunions nationales et appui technique) par 15 pays où le taux de mortalité maternelle est élevé.

Phase 3 (2014-2015) : évaluation à mi-période, 15 pays continuent le plan d'action, le suivi de l'exécution, réunions nationales.

Phase 4 (2016-2017) : évaluation finale, présentation des résultats et recommandations.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE148/16, Rév. 1 (Fr.)
 Annexe C

FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION
1. Point de l'ordre du jour : 4.10 : Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle.
2. Unité responsable : Santé familiale et communautaire / Le Centre latino-américain de Périnatalogie, Santé de la femme et reproductive (CLAP-SMR).
3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Effort collaborateur du groupe de travail de l'OPS/OMS, d'organismes des Nations Unies, d'experts internationaux et autres associés.
4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour : • Ministères de la santé, de la femme, de l'éducation, de la jeunesse et des affaires sociales des pays. • Agence canadienne de développement international (ACDI, Canada) • Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID, Espagne) • Agence des États-Unis pour le développement international (USAID, États-Unis) • Agence des Nations Unies pour les femmes (ONU Femmes) • Agence suédoise pour le développement international (ASDI, Suède) • Centre national de recherches en santé materno-infantile (CENISMI, République dominicaine) • Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP, Argentine) • Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL) • Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (CODAJIC) • Confédération internationale des sages-femmes (ICM) • École de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins (États-Unis) • Family Care International (États-Unis) • Fédération latino-américaine d'obstétrique et de gynécologie (FLASOG) • Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) • Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) • Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) • Groupe materno-périnatal de Caldas (Colombie) • Groupe parlementaire interaméricain (GPI) (Panama) • Institut Alan Guttmacher (États-Unis) • Institut spécialisé materno-périnatal (IEMP, Pérou) • Institut national de périnatalogie (INPER) (Mexique) • Instituts nationaux de la Santé (NIH) (États-Unis) • Pathfinder International (États-Unis) • Population Council (États-Unis)

- Université d'Antioquia (Centro Nacer, Colombie)
- Université de Cuenca, Institut de sciences médicales (Équateur)
- Université du Chili (Chili)
- Université Emory (États-Unis)
- Université de Puerto Rico (États-Unis)
- Université del Valle (CEMIYA) (Colombie)

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Ce point est lié aux paragraphes 2 et 7 de la « Déclaration d'intention », et à la totalité des paragraphes des « Principes et valeurs » (paragraphes 9 à 12), ainsi qu'aux domaines d'intervention décrits dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques.

Déclaration d'intention :

Paragraphe 2. Les Gouvernements réitèrent leur engagement envers la vision d'une Région en meilleure santé et plus équitable en matière de soins, qui prend en considération les déterminants de la santé et améliore l'accès aux services et aux biens de santé individuelle et collective : une Région au sein de laquelle chaque personne, chaque famille et chaque communauté se développe au mieux de son potentiel.

Paragraphe 7. Les Gouvernements des pays des Amériques soulignent à quel point il est important que les partenaires et institutions de la santé disposent d'un Programme d'action sanitaire concis, souple, dynamique et de haut niveau pour orienter leurs actions, faciliter la mobilisation des ressources et influencer sur les politiques sanitaires de la Région.

Principes et valeurs :

Paragraphe 9. *Droits humains, universalité, accessibilité et politique d'inclusion.* La Constitution de l'OMS stipule que: « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale... ». Dans le souci de faire de ce droit une réalité, les pays doivent s'efforcer de parvenir à l'universalité, à l'accessibilité, à l'intégralité, à la qualité et à une politique d'inclusion dans les systèmes de santé à disposition des personnes, des familles et des communautés. Les systèmes de santé doivent rendre compte aux citoyens de la mesure dans laquelle ils ont respecté ces conditions.

Paragraphe 10. *Solidarité panaméricaine.* La solidarité, entendue au sens de collaboration entre les pays des Amériques, dans le but de défendre des intérêts et de promouvoir la prise de responsabilités collectives pour atteindre des objectifs communs est une condition essentielle pour surmonter les inégalités observées dans le domaine de la santé et renforcer la sécurité sanitaire panaméricaine en cas de crise, d'urgence ou de catastrophe.

Paragraphe 11. *Équité en matière de santé.* La recherche de l'équité en matière de santé signifie que des efforts sont menés en vue d'éliminer toute inégalité sanitaire évitable, injuste et remédiable parmi les populations ou les groupes de la société. Cette recherche doit souligner le besoin incontournable de promouvoir l'équité entre les sexes en matière de santé.

Paragraphe 12. *Participation sociale.* Un facteur d'importance capitale pour la mise en œuvre et le

succès du Programme d'action sanitaire est d'ouvrir à toute la société des créneaux lui permettant de participer à la définition et à l'application des politiques de santé ainsi qu'à l'évaluation de leurs résultats.

Domaines d'activités :

- Renforcer l'autorité sanitaire nationale
- Aborder les déterminants de la santé
- Accroître la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité
- Diminuer les inégalités en santé entre les pays et les inégalités à l'intérieur des pays
- Réduire les risques et le fardeau de la maladie
- Renforcer la gestion et le développement des agents de santé
- Tirer parti des connaissances, de la science et de la technologie
- Renforcer la sécurité sanitaire

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

Le plan d'action est directement lié à l'Objectif stratégique 4 : « Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé dans les étapes-clés de la vie, telles que la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, améliorer la santé sexuelle et reproductive et promouvoir le vieillissement actif et sain de toutes les personnes ».

Plus spécifiquement, ce Plan d'action contribuera à la réalisation des résultats suivants prévus au niveau régional : 4.1 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour formuler des politiques, plans et stratégies intégraux qui favorisent l'accès universel à la continuité des soins pendant tout le cycle de la vie, intégrer la prestation des services, et renforcer la coordination avec la société civile et le secteur privé, ainsi que les alliances avec les organismes des Nations Unies et autres (par exemple, organisations non gouvernementales).

4.2 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique afin de renforcer la capacité nationale et locale pour produire de nouveaux faits avérés et interventions, et pour améliorer les systèmes de surveillance et d'information sur la santé sexuelle et génésique, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la personne âgée.

4.3 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour renforcer les mesures destinées à assurer l'attention due à toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés pendant l'accouchement, le post-partum et la période postnatale.

4.7 Les États membres sont soutenus à travers la coopération technique pour appliquer des stratégies de santé génésique destinées à améliorer les soins prénatals, périnatals, du post-partum et néonataux, et offrir des services de planification familiale de qualité élevée.

De même, ce plan est lié à l'Objectif stratégique 10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.

RER 10.1 : Les États membres reçoivent un appui à travers la coopération technique pour donner un accès équitable à des services de soins de santé de bonne qualité, qui mettent l'accent sur les groupes vulnérables de la population.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

En plus de se fonder sur des expériences réussies déjà vérifiées dans la Région, ce plan utilisera les apports de la systématisation des bonnes pratiques utilisées dans le cadre de l'Initiative maternité sans risque, promue cette année par l'OPS.

La Région dispose d'une vaste gamme d'expériences réussies en termes de réduction de la mortalité maternelle, originaire d'Haïti où a été menée à bien une expérience qui a réduit la mortalité maternelle dans certaines zones, garanti l'accès gratuit aux services et au transport et assuré que les sages-femmes empiriques accompagnent les parturientes (services obstétricaux gratuits), et étendue à des pays comme le Brésil, où à travers l'adoption d'un système de protection sociale universelle, les résultats concernant la réduction de la mortalité maternelle ont été améliorés (*Système unique de Santé-SUS*). En Uruguay, à partir de l'incorporation de paiements pour l'exécution d'étapes liées aux processus et résultats dans les soins maternels et néonataux dans le cadre du Système national intégré de santé (SNIS), et avec l'appui d'un outil informatique développé par l'OPS (système informatique périnatal), la gestion en termes de soins maternels et néonataux a été améliorée. Une autre expérience digne d'être mentionnée en raison de son impact sur la réduction de la mortalité maternelle dans des zones géographiques d'accès difficile, est constituée par l'augmentation du nombre de foyers maternels au Pérou, qui en s'incorporant au réseau intégré de services de santé, ont amélioré l'accès à l'accouchement institutionnel.

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :

Ce plan d'action ne peut être abordé par la seule OPS en ce qui concerne les interventions et les incidences financières proposées ; par conséquent, la collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies et autres intéressés directs est essentielle aux niveaux régional, infrarégional et national.

Le coût calculé de l'exécution du plan d'action, intégrant tous les niveaux (interinstitutionnel, régional, infrarégional, national et local) est d'US \$30 000 000 pour toute la période. Ce montant inclut le maintien du personnel actuel, le recrutement de personnel supplémentaire et la mise en pratique de toutes les activités spécifiées antérieurement à tous les niveaux, réunions régionales et nationales, appui direct aux pays, ainsi que le suivi et l'évaluation du plan dans son ensemble.