



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



51^e CONSEIL DIRECTEUR 63^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 26 au 30 septembre 2011

Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire

CD51/12 (Fr.)

1^{er} août 2011

ORIGINAL : ESPAGNOL

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

Introduction

1. Le « Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité et les cas graves de morbidité maternelle » constitue un pas supplémentaire pour améliorer la santé des femmes. Il contribue indirectement aux efforts des pays pour atteindre l'objectif n° 5 des objectifs du Millénaire pour le développement (ODM) (1).

2. Le Plan 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). Il se rapporte au Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques (1990) (3), à la résolution « Population et santé reproductive » (1998) (4), à la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et 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) et au Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (2009) (7). Il aborde également d'autres sujets tels les hôpitaux sûrs et les réseaux intégrés de services de santé (2009) (8).

3. Entre 1990 et 2010, la mortalité maternelle a considérablement baissé dans toute la Région après que les États Membres aient assumé leurs engagements. Selon les données officielles des États Membres, publiés par l'OPS dans les Indicateurs de base de santé, cette diminution s'élevait à 29% (9) bien que selon les calculs de l'OMS elle ait été de 41% (10). Dans les deux cas, cette baisse reste insuffisante pour que la Région des Amériques puisse atteindre l'ODM 5 pour 2015.

4. Dans ce Plan d'action, 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 promeuvent l'accès illimité aux soins antérieurs à la conception (y compris la planification familiale) de qualité, ainsi qu'aux soins prénatals, de l'accouchement et du post-partum fournis par un personnel qualifié et qui adopte une approche interculturelle dans son travail.

Antécédents

5. La santé de la femme, et en particulier les aspects liés à la maternité, ont été abordés dans différents forums internationaux tels que la Conférence sur la maternité sans risque, qui s'est tenue à Nairobi (Kenya) en 1987 (11), la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire (Égypte) en 1994 (12), la quatrième Conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Pékin (Chine) en 1995 (13) et le Sommet du Millénaire (2000) (1).

6. En 2002 et 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé deux résolutions qui traitent le sujet de la santé génésique : la WHA55.19 (14) et la WHA57.13 (15). De son côté, le Conseil exécutif de l'OMS a approuvé la résolution EB113.R11 (16) portant également sur ce sujet. Récemment, dans la résolution R11/8, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (2009) (17) reconnaît que la morbidité maternelle évitable intègre un large spectre de déterminants liés à la santé, au développement, aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales. L'adoption de mesures qui garantissent ces droits conformément aux normes internationales aiderait à réduire la mortalité maternelle (18-24).

7. Au niveau régional, la mortalité maternelle a été traitée 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. La résolution CSP25.R13 sur la population et la santé génésique (document CSP25/15) (4) a été approuvée en 1998 et en 2002, la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles (document CSP26/14) (5).

8. L'échéance de l'OMD 5 n'est plus que de quatre ans. Selon les données des indicateurs de santé publiés par l'OPS (9), une réduction de 46% serait nécessaire pour atteindre ces cibles ou de 34% selon les modèles de calcul de l'OMS (10). Deux réunions ont été organisées à ce sujet en 2010 : la Conférence régionale de Femmes Leaders (26) et la Conférence Women Deliver II (27). Elles ont toutes deux mis en évidence les limites de l'investissement réalisé jusqu'à présent pour faire face au problème de la mortalité maternelle. D'autre part, le G8 s'est fait entendre avec l'initiative de Muskoka (28), tandis que le Secrétaire général des Nations Unies faisait un appel en faveur de l'exécution d'un plan qui promeuve la réduction de la mortalité maternelle (29) et la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de

la femme et de l'enfant 2011 a formulé ses recommandations sur le sujet (30). L'OPS s'est jointe à ces initiatives lors du 50^e Conseil directeur, qui s'est tenu en 2010, en donnant un nouvel élan à l'initiative Maternité sans risque.

9. Les ministres de la santé de la Région ont déclaré dans le paragraphe 53 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 (31), que « la santé sexuelle et génésique est un sujet 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 » pour réduire les inégalités en matière de santé entre les pays et à l'intérieur des pays.

Analyse de la situation

10. Selon les chiffres officiels publiés dans les Indicateurs de base de la santé de 2010 (9) pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC), 9 500 décès maternels se sont produits, 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 pendant l'accouchement et le post-partum. Pratiquement aucun pays ne montre une vitesse appropriée de baisse de la mortalité maternelle pour atteindre la cible de 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 peut être prévenu grâce aux connaissances actuellement disponibles dans les pays. Les causes les plus fréquentes sont l'hypertension provoquée par la grossesse (26%), l'hémorragie (21%), les complications liées à l'avortement dans des conditions à risque (13%), un accouchement obstrué (12%), un état septique (8%) 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 15 à 71% des femmes subissent des violences physiques et sexuelles perpétrées par leur partenaire (32) et pour les femmes enceintes, ce chiffre varie de 4 à 32%. Dans 90% des cas de violence aux femmes enceintes, l'agresseur est le père biologique (33). 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 (34). Une récente publication soutient que le manque de respect et l'abus vis-à-vis des prestataires de soins constitue une autre forme de violence contre la femme enceinte, et qu'ils constituent un frein à l'accès aux soins de santé (35).

13. De nombreux décès maternels surviennent lors de grossesses non désirées et des limitations d'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. Le fait que de nombreux pays aient des cadres législatifs qui limitent l'accès aux méthodes de contraception aggrave la situation ; un exemple concret de cette situation est l'interdiction des contraceptifs oraux d'urgence (36). La législation restrictive sur l'avortement dans de nombreux pays d'Amérique latine force les femmes à recourir à l'avortement dans des conditions à risque comme méthode contraceptive. Le taux d'avortement dans des conditions à risque en Amérique latine et dans les Caraïbes est de 31 pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans, contre 22 dans le reste du monde. Le taux de mortalité maternelle due à l'avortement dans des conditions à risque est trois fois supérieur en Amérique latine et dans les Caraïbes que dans les régions développées (10 contre 3 pour 100 000 naissances vivantes, respectivement) (37).

14. Les chiffres de la couverture des soins prénatals et des soins de l'accouchement peuvent paraître 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 (38). D'autres communautés marginales comme les pauvres, les autochtones et les afro-descendants montrent des couvertures inférieures, des limitations dans la qualité des soins et des taux de RMM élevés. Au Brésil, par exemple, 67% des femmes caucasiennes ont reçu des contrôles prénatals adéquats, 44,7% pour les afrodescendants et 23,1% pour les femmes d'origine autochtone (39).

15. Souvent les soins qui sont à la portée des femmes dans la période prénatale et l'accouchement ne suivent pas les normes internationales. Le contrôle de la période de soins antérieurs à la conception n'existe pratiquement pas dans la Région. Par ailleurs, les services obstétricaux essentiels ne sont pas distribués d'une façon homogène et sont souvent de mauvaise qualité, car le personnel qualifié doté des compétences requises manque. De même, toutes les institutions ne peuvent pas satisfaire les nécessités de base ni fournir tous les médicaments et intrants nécessaires, tels que les réactifs de laboratoire et le sang sûr. En résumé, des lacunes existent en ce qui concerne la couverture, la qualité, la continuité des soins, la disponibilité des intrants et l'accès équitable aux services de santé sensibles aux particularités culturelles, indépendamment du lieu de résidence de la femme ou de sa situation économique. La césarienne est une intervention qui sauve des vies. L'OMS estime que le taux optimum de césarienne devrait être autour de 15%. L'augmentation à des niveaux plus élevés que le taux optimum de césarienne observée dans la Région ces dernières années fait augmenter les risques de mortalité maternelle et périnatale (40).

16. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les cas graves de morbidité maternelle sont moins étudiés que la mortalité maternelle. Selon les estimations, il se produit jusqu'à

20 cas de morbidité maternelle pour chaque décès maternel enregistré (36). Parmi ceux-ci, un quart des femmes pourrait souffrir de séquelles graves et permanentes. La morbidité maternelle se produit essentiellement dans certaines zones géographiques et démographiques de certains pays, raison pour laquelle il est nécessaire d'y concentrer les initiatives régionales et nationales pour la réduire.

17. L'analyse de la situation et le Plan d'action proposé sont en accord avec les résultats prévus dans l'objectif stratégique 4 du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS, 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 pour la Région (voir annexe C).

Proposition

18. La mortalité et la morbidité maternelles évitables qui existent actuellement sont 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 et de la morbidité maternelles, dans le secteur de la santé certaines mesures concrètes peuvent être prises, qui sont directement destinées à leur diminution. On peut citer parmi ces dernières : l'organisation des services de santé pour améliorer les services aux femmes en matière de planification familiale, avant la grossesse, pendant la période prénatale, lors de l'accouchement et pendant la période post-partum. Dans ce Plan d'action des éléments critiques qui peuvent contribuer à éviter les décès maternels et la morbidité grave sont directement abordés.

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

- a) contribuer à accélérer la réduction de la mortalité maternelle,
- b) prévenir les cas graves de morbidité maternelle et
- c) renforcer la surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelles.

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 (voir annexe A).

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 revues 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, en mettant l'accent sur le groupe des adolescentes.

Interventions efficaces

- Augmenter la couverture des méthodes de contraception (y compris les méthodes de contraception d'urgence) et la disponibilité 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% la prévalence 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, désagrégé par tranche d'âge et lieu de résidence urbaine ou rurale. (Référence : 60%. Cible : 70%.)
- Nombre de pays qui possèdent des données nationales sur les conseils et la fourniture de méthodes de contraception post-partum et/ou post-avortement dans les services de santé. (Référence : à définir¹. Cible : 90%.)
- Pourcentage de décès maternels dus à l'avortement réduit de 50% (Référence : 13%. Cible : 7%.)

Activités au niveau régional

- 1.1 Participer aux activités de promotion, avec un large éventail d'acteurs, qui tiennent compte des facteurs d'information, culturels, sociaux et religieux qui ont une incidence dans la prestation de services de planification familiale.
- 1.2 Diffuser les manuels a) *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*, b) *Outil de prise de décisions pour les clients et les prestataires de services de planification familiale* et c) *Critères médicaux d'éligibilité pour l'utilisation de méthodes de contraception* élaborés par l'Organisation mondiale de la Santé.
- 1.3 Organiser des ateliers de formation avec les instruments mentionnés.

¹ Etant donné que l'information est incomplète actuellement, il est difficile d'établir les références et les cibles de certains indicateurs. Après la première année d'exécution du Plan, un examen sera effectué pour compléter l'information et, en même temps, le Plan sera accordé avec les objectifs stratégiques et les indicateurs du Plan stratégique de l'Organisation pour 2013-2017.

1.4 Soutenir l'initiative de sécurité contraceptive pour l'achat de contraceptifs.

Activités au niveau national (États Membres avec l'appui de l'OPS et autres ressources régionales)

- 1.5 Formuler et/ou adopter des lois et des cadres réglementaires nationaux en vue de garantir 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 pour qu'ils puissent prendre des décisions informées et collaborer avec les partenaires clés pour favoriser la disponibilité des ressources informatives.
- 1.7 Promouvoir des plans et des programmes qui favorisent l'espacement des grossesses.
- 1.8 Formuler un plan national de planification familiale avec le budget correspondant, conformément aux besoins des différents groupes de personnes et avec une approche qui tienne compte des particularités culturelles.
- 1.9 Organiser des ateliers de formation pour le personnel de santé mettant l'accent sur les soins primaires de santé, les méthodes de contraception et parmi ceux-ci, les méthodes contraceptives d'urgence.
- 1.10 Promouvoir la fourniture et la logistique de la fourniture de contraceptifs dans les établissements de soins de santé primaires en particulier.
- 1.11 Encourager le renforcement des comités nationaux et locaux sur la mortalité maternelle et les exhorter à inclure la prévention des grossesses non désirées.
- 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 accessibles et de qualité dans le système coordonné de services de santé.

Objectif 2 : Compter sur des services de soins maternels de qualité dans les systèmes de soins de santé intégrés.

Interventions efficaces

- Accès à des soins abordables et de qualité pour la période antérieure à la conception et les périodes prénatale, de l'accouchement et post-partum, au niveau des soins de santé primaire et périnatal avec une approche par région dans le cadre de la régionalisation des soins maternels et périnatals.
- Foyers maternels, le cas échéant.
- Utilisation de pratiques fondées sur des preuves scientifiques.
- Assurance de la dérivation et de la contre-dérivation opportunes.
- Prévention et détection de la violence familiale pendant la grossesse.

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 sept jours qui suivent l'autorisation de sortie.

Cible 2.3 : Pour 2017, les zones ayant des difficultés d'accès géographique auront adopté la stratégie de foyers maternels.

Cible 2.4 : Pour 2017, la prévalence de l'usage des interventions efficaces 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 : 50%. Cible : 90%.)
- Couverture institutionnelle de l'accouchement. (Référence : 89,8%. Cible : 93%.)
- Nombre de pays qui ont 60% minimum de couverture de visites postpartum dans les sept jours suivant l'accouchement (Référence : à définir. Cible : 80%.)
- Nombre de pays qui utilisent des ocytociques dans 75% des naissances institutionnelles pendant la troisième période de l'accouchement, une fois que le cordon ombilical a cessé de battre. (Référence : à définir. Cible : 90%.)
- Nombre de pays qui utilisent du sulfate de magnésium sévère en plus d'interrompre la grossesse pour le traitement de la prééclampsie grave/éclampsie dans 95% des cas suivis dans les établissements de santé. (Référence : à définir. Cible : 90% des pays.)
- Nombre de pays avec disponibilité de sang sûr dans 95% des établissements qui pratiquent des soins d'urgence pendant les accouchements. (Référence : à définir. Cible : 100%.)
- Nombre de pays qui surveillent la violence familiale pendant la grossesse dans 95% des accouchements institutionnels (Référence : à définir. Cible : 80%.)
- Nombre de pays avec un taux de césarienne supérieur à 20% qui le réduisent à au moins 20% d'ici 2017. (Référence : 17. Cible : 100%.)
- Nombre de pays avec des décès maternels dus à des accouchements obstrués. (Référence : 15. Cible : 0.)

Activités au niveau régional

- 2.1 Disséminer les guides basés sur des données probantes de l'OMS qui englobent les soins depuis la période antérieure à la conception jusqu'au post-partum ainsi que les *Guides pour le continuum des soins apportés à la femme et au nouveau-né, focalisés sur les SSP*.
- 2.2 Disséminer les technologies périnatales élaborées par le CLAP/SMR et l'OPS.

- 2.3 Disséminer la proposition de foyers maternels.
- 2.4 Disséminer des manuels pour les urgences obstétricales et l'amélioration de l'efficacité.
- 2.5 Disséminer des guides sur la détection précoce, la prévention et le traitement de la violence familiale.
- 2.6 Disséminer la bibliothèque virtuelle de santé sexuelle et reproductive de l'OMS.
- 2.7 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.
- 2.8 Promouvoir la vaccination des femmes enceintes contre le virus de la grippe H1N1 ou contre d'autres virus émergents de la grippe.

Activités au niveau national

- 2.9 Formuler et adopter les lois et les cadres réglementaires nationaux en vue de l'accès universel à des services de maternité de bonne qualité.
- 2.10 Formuler et exécuter un plan national de maternité sans risque contenant une approche interculturelle, avec le budget correspondant, qui inclut des systèmes de dérivation et de contre-dérivation.
- 2.11 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.
- 2.12 Mettre en fonctionnement les foyers maternels, le cas échéant.
- 2.13 Veiller à ce que lors des visites de contrôle prénatales la pression artérielle, la hauteur utérine et le poids de la mère, l'anémie et la protéinurie soient vérifiés, qu'il y ait un dépistage de la syphilis et du VIH, que des conseils soient prodigués en matière de nutrition et d'information sur les signaux d'alarme et que la couverture vaccinale contre le virus H1N1 et le tétanos soient en augmentation.
- 2.14 Évaluer les conditions d'efficacité des services de soins primaires, de maternité et de santé périnatale et promouvoir leur amélioration.
- 2.15 Veiller à la présentation de rapports, au suivi et à la supervision des services fournis.
- 2.16 Organiser des enquêtes de satisfaction des usagers.
- 2.17 Établir des politiques qui promeuvent les soins humanisés à travers le cycle reproductif et qui intègrent l'accompagnement par des personnes sélectionnées par la femme enceinte pendant le travail et l'accouchement.

Domaine stratégique 3 : Ressources humaines qualifiées

Objectif 3 : Accroître 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 de santé.

Interventions efficaces

- Augmenter la 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.
- Augmenter la disponibilité de ressources humaines pendant 24 heures pour les soins de l'accouchement et les complications obstétriques.

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%, 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 de 80% par du personnel qualifié, en conformité avec la définition de l'OMS. (Référence : 43. Cible : 48.)
- Nombre de pays qui ont des taux de couverture de soins du post-partum égaux ou supérieurs à 80% par du personnel qualifié, capable de prendre soin de la mère comme du nouveau-né, en conformité avec la définition de l'OMS. (Référence : 23. Cible : 48.)
- Pourcentage des institutions de soins obstétricaux d'urgence (de base et amplifiés) qui réalisent des audits sur tous les décès maternels (Référence : à définir. Cible : 90%.)
- Nombre de pays qui présentent annuellement des rapports publics sur la santé maternelle qui intègrent des statistiques sur la mortalité maternelle et la RMM au niveau national. (Référence : à définir. Cible : 100%.)

Activités au niveau régional

- 3.1 Soutenir la formulation et le renforcement des programmes de premier cycle et de troisième cycle qui forment les agents de santé aux soins antérieurs à la conception, aux soins maternels (y compris les urgences obstétriques) et périnatales.
- 3.2 Élaborer du matériel pour la formation des ressources humaines qui intègre l'utilisation des nouvelles technologies de l'information, avec une approche interculturelle, le cas échéant.
- 3.3 Soutenir les programmes de formation sur l'accouchement professionnel et de soins infirmiers spécialisée dans les soins à la mère et à l'enfant et intégrer ce modèle de soins au budget correspondant et aux activités spécifiques des plans nationaux de santé.

Activités au niveau national

- 3.4 Identifier le personnel de santé en exercice par catégorie professionnelle et compétences et déterminer les insuffisances existantes entre les niveaux actuels et ceux nécessaires pour obtenir des soins de qualité.
- 3.5 Définir les compétences essentielles en matière de soins antérieurs à la conception, maternels et périnataux que les agents de santé doivent posséder conformément aux nécessités du pays.
- 3.6 Formuler un plan national de ressources humaines avec le budget correspondant.
- 3.7 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.
- 3.8 Créer des incitations pour améliorer la prospection et la rétention du personnel dans les populations et les zones les plus négligées et les 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 et les statistiques vitales dans le cadre des systèmes d'information et de statistiques vitales.

Interventions efficaces

- Implanter et consolider les systèmes d'information et de surveillance maternelle et périnatale.
- Établir des comités d'analyse de la mortalité maternelle avec participation communautaire et proposer des solutions, le cas échéant.

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 un système de prestation de soins intégré et coordonné.

Indicateurs

- Nombre de pays où le système de santé possède un système d'information périnatal opérationnel. (Référence : 16 pays. Cible : 29.)
- Nombre de pays où le système de santé maintient un registre des cas graves de morbidité maternelle. (Référence : à définir. Cible : 80%.)
- Nombre de pays dont la couverture des décès maternels dans les systèmes de registres vitaux est supérieure ou égale à 90%. (Référence : à définir. Cible : 100%.)

Activités au niveau régional

- 4.1 Promouvoir l'utilisation de registres cliniques périnataux avec appui informatique pour permettre l'analyse automatisée de l'information et la gestion des services.
- 4.2 Promouvoir la diffusion de modèles de systèmes de surveillance, tels le Système informatique périnatal CLAP/OPS.
- 4.3 Élaborer du matériel pour la formation à l'interprétation de l'information de surveillance.
- 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 registres cliniques périnataux.
- 4.6 Mettre en œuvre un plan national avec le 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 et d'audit des cas graves de morbidité et des cas de mortalité maternelles avec une participation communautaire au processus pour proposer des solutions pour les services, le cas échéant.
- 4.9 Attribuer le budget et le personnel adéquats pour superviser le respect des normes de soins.

22. Pour le développement de ces domaines stratégiques, conjointement avec d'autres organisations, l'OPS utilisera une approche interprogrammatique, afin d'accorder la priorité aux pays ayant les besoins les plus urgentes et aux interventions 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 d'action et le divulguera. D'autre part, l'Organisation soutiendra la systématisation des bonnes pratiques, et encouragera l'échange des meilleures expériences et fera la promotion de l'échange d'information 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 escomptés au niveau régional relatifs à ce Plan sont détaillés à l'annexe C. Le suivi et l'évaluation de ce Plan seront réalisés conformément au 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 tous les deux ans.

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 (RMM), par causes et par âge.
- b) ratio de cas graves de morbidité maternelle, par causes.
- c) taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 femmes de 15 à 44 ans).
- d) nombre de pays avec un RMM inférieur à 75 pour 100 000 naissances vivantes en 2017 (Cible : 100%).
- e) nombre de pays présentant des sous-populations (selon l'ethnie [autochtone ou non] ou situation géographique [rurale ou urbaine] ou division territoriale [département, province, état]) avec un RMM supérieur à 125 pour 100 000 naissances vivantes.

25. Il est prévu de procéder à des évaluations au cours du processus, en vue d'appliquer des mesures correctives le cas échéant. 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.

Conclusion

26. Bien que le sujet de la réduction de la morbimortalité 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, sociales, juridiques et de comportement qui les empêchent d'avoir accès à des services de qualité. L'OPS espère que l'approbation et l'exécution de

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.

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 Conseil directeur

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

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. Documents 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) [consulté 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. World Health Organization/UNICEF/UNFPA/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. [Internet]. Ginebra, Suiza; 2010. [consulté le 4 août 2011] Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
11. 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.
12. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, septiembre de 1994, El Cairo, Egipto. Resumen del programa d'action. [Internet]. Nueva York : FNUAP ; 1994 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
13. 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 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm>.
14. Organisation mondiale de la Santé. Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire [Internet]. 55^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 13 au 18 de mai 2002 ; Genève, Suisse. Genève, Suisse : OMS; 2002 (résolution A55.19) [consulté le 24 février 2002]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fwha5519.pdf

15. Organisation mondiale de la Santé. Santé génésique [Internet]. 57^e Assemblée 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://www.cptech.org/ip/health/who/wha57.html>
16. 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 .
17. 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) [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.awid.org/fre/Library/Mortalite-et-morbidite-maternelles-evitables-et-droits-de-l-homme>.
18. 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) [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-full-s.pdf>.
19. 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) [consulté le 2 mars 2011. [Disponible sur : <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0015.pdf>.
20. 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) [consulté le 2 mars 2011. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>.
21. 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 1980 [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>.
22. 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) [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.
23. 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) [consulté le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0001.pdf>.
24. 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]. Decimotercero 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) [consulté 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www.cidh.org/Basicos/Spanish/Basicos4.htm>.
25. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l’homme [Internet]. 50°. 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.
26. 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 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/5692;jsessionid=F8AF32A0363D827C0EAD33690C9BB8BE>.

27. 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 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.womendeliver.org/conferences/-2010-conference/>.
28. Muskoka 2010 G-8 Summit. Major initiative to improve the health of women and children in the world's poorest regions [Internet]. Muskoka, Ontario, Canada, del 25 al 26 de junio del 2010 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.canadainternational.gc.ca/g82010/index.aspx>.
29. 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 [consulté le 24 février 2011]. Disponible sur : <http://www.un.org/spanish/sg/globalstrategy.shtml>.
30. Nations Unies. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. [Internet]. Working group on Accountability for Resources (Final Report) New York : UN ; 2011 [consulté le 28 juin 2011]. Disponible sur : http://www.everywomaneverychild.org/upload/Working_Group_on_Resources_Final_Paper625267.pdf
31. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire pour les Amériques : 2008-2017 présenté par les ministres de la santé des Amériques à 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.
32. 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 le 2 mars 2011]. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/index.html>.
33. 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/.
34. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. Violence Against Women 2004 ; 10 (7) :770-789.

35. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., LLC. [Internet]. 2010 [consulté le 4 août 2011]. Disponible sur : <http://www.tractionproject.org/sites/default/files/upload/RFA/Respectful%20Care%20at%20Birth%209-20-101%20Final.pdf>
36. 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 le 2 mars 2011]. Edition original en anglais ; Genève : OMS ; 2002. Disponible sur : http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm.
37. World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition. [Internet]. Ginebra, Suiza : OMS ; 2008 [consulté le 4 août 2011]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.
38. 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>.
39. Ministerio da Saude. Tematico Saude da Mulher/Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. OPAS, [Internet] 2007 [consulté le 4 août 2011]. Disponible sur : <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/painelmulher.pdf>.
40. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes : the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006 ; 367 (9525) : 1819-29
41. Organisation mondiale de la Santé. 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>.

| Domaine stratégique | Interventions efficaces | Indicateurs |
|---|--|--|
| <p>1. Prévention des grossesses non désirées et des complications qui en découlent.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la couverture des méthodes de contraception (y compris les méthodes de contraception d'urgence) et la disponibilité des services de conseils en planification familiale antérieure à la conception et après un événement obstétrique. | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation de méthodes de contraception modernes chez les femmes en âge de concevoir, désagrégé par tranche d'âge et lieu de résidence urbaine ou rurale. (Référence : 60%. Cible : 70%.) • Nombre de pays qui possèdent des données nationales sur les conseils et la fourniture de méthodes de contraception post-partum et/ou post-avortement dans les services de santé. (Référence : à définir. Cible : 90%.) • Pourcentage de décès maternels dus à l'avortement réduit de 50% (Référence : 13%. Cible : 7%.) |
| <p>2. Accès universel à des services de maternité accessibles et de qualité dans le système coordonné de services de santé.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Accès à des soins abordables et de qualité pour la période antérieure à la conception et les périodes prénatale, de l'accouchement et post-partum, au niveau des soins de santé primaire et périnatal avec une approche par région dans le cadre de la régionalisation des soins maternels et périnatals. • Foyers maternels, le cas échéant. • Utilisation de pratiques fondées sur des preuves scientifiques. • Assurance de la dérivation et de la contre-dérivation opportunes. • Prévention et détection de la violence familiale pendant la grossesse. | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays qui ont 70% de couverture prénatale avec quatre visites de contrôle ou plus. (Référence : 50%. Cible : 90%.) • Couverture institutionnelle de l'accouchement. (Référence : 89,8%. Cible : 93%.) • Nombre de pays qui ont 60% minimum de couverture de visites postpartum dans les sept jours suivant l'accouchement (Référence : à définir. Cible : 80%.) • Nombre de pays qui utilisent des ocytociques dans 75% des naissances institutionnelles pendant la troisième période de l'accouchement, une fois que le cordon ombilical a cessé de battre. (Référence : à définir. Cible : 90%.) • Nombre de pays qui utilisent du sulfate de magnésium sévère en plus d'interrompre la grossesse pour le traitement de la prééclampsie grave/éclampsie dans 95% des cas suivis dans les établissements de santé. (Référence : à définir. Cible : 90% des pays.) • Nombre de pays avec disponibilité de sang sûr dans 95% des établissements qui pratiquent des soins d'urgence pendant les accouchements. (Référence : à définir. Cible : 100%.) • Nombre de pays qui surveillent la violence familiale pendant la grossesse dans 95% des accouchements institutionnels (Référence : à définir. Cible : 80%.) • Nombre de pays avec un taux de césarienne supérieur à 20% qui le réduisent à au moins |

| Domaine stratégique | Interventions efficaces | Indicateurs |
|---|--|---|
| | | <p>20% d'ici 2017. (Référence : 17. Cible : 100%.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays avec des décès maternels dus à des accouchements obstrués. (Référence : 15. Cible : 0.) |
| <p>3. Ressources humaines qualifiées.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la 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. • Augmenter la disponibilité de ressources humaines pendant 24 heures pour les soins de l'accouchement et les complications obstétriques. | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays qui ont des couvertures de soins de l'accouchement de 80% par du personnel qualifié, en conformité avec la définition de l'OMS. (Référence : 43. Cible : 48.) • Nombre de pays qui ont des taux de couverture de soins du post-partum égaux ou supérieurs à 80% par du personnel qualifié, capable de prendre soin de la mère comme du nouveau-né, en conformité avec la définition de l'OMS. (Référence : 23. Cible : 48.) • Pourcentage des institutions de soins obstétricaux d'urgence (de base et amplifiés) qui réalisent des audits sur tous les décès maternels (Référence : à définir. Cible : 90%.) • Nombre de pays qui présentent annuellement des rapports publics sur la santé maternelle qui intègrent des statistiques sur la mortalité maternelle et la RMM au niveau national. (Référence : à définir. Cible : 100%.) |
| <p>4. Information stratégique pour l'action et la reddition de comptes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Implanter et consolider les systèmes d'information et de surveillance maternelle et périnatale. • Établir des comités d'analyse de la mortalité maternelle avec participation communautaire et proposer des solutions, le cas échéant. | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays où le système de santé possède un système d'information périnatal opérationnel. (Référence : 16 pays. Cible : 29.) • Nombre de pays où le système de santé maintient un registre des cas graves de morbidité maternelle. (Référence : à définir. Cible : 80%.) • Nombre de pays dont la couverture des décès maternels dans les systèmes de registres vitaux est supérieure ou égale à 90%. (Référence : à définir. Cible : 100%.) |



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



51^e CONSEIL DIRECTEUR

63^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 26 au 30 septembre 2011

CD51/12 (Fr.)

Annexe B

ORIGINAL : ESPAGNOL

PROJET DE RÉOLUTION

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 CD51/12) ;

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]) ;

Considérant la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant lancée par le Secrétaire général des Nations Unies en 2010 et les recommandations de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant ;

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'appuyer 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 services de santé de qualité adaptés à leurs besoins, avec une adéquation interculturelle, y compris en particulier les 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 (y compris la planification familiale), les soins de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, et qui envisagent en outre 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) de promouvoir l'autonomisation des femmes et la participation et la corresponsabilité de l'homme dans la santé sexuelle et reproductive ;

- e) 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, impliquant les entités formatrices et confirmées de ressources humaines ;
 - f) de renforcer la capacité de produire l'information et la recherche sur la santé sexuelle et reproductive, la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle pour le développement de stratégies fondées sur des données probantes qui permettent le suivi et l'évaluation de leurs résultats, conformément aux recommandations de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant ;
 - g) 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 ;
 - h) de plaider pour des budgets publics spécifiques, où applicable, en fonction de résultats stratégiques tendant à améliorer la couverture et la qualité des soins de la femme et de l'enfant ;
 - i) de promouvoir le développement de programmes de protection sociale pour les femmes et les enfants.
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, y compris un référentiel régional à la disposition de toutes les personnes directement concernées 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 PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD51/12 (Fr.)
Annexe C

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

1. Point de l'ordre du jour : Point 4.9 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 \$10 000 000 pour l'ensemble du plan.

Ce montant inclut le maintien du personnel actuel, le recrutement de personnel supplémentaire à temps partiel 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)

US \$4 000 000.

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 secrétaire
- 11 professionnels nationaux à temps partiel

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 11 pays où le taux de mortalité maternelle est élevé.

Phase 3 (2014-2015) : évaluation à mi-période, 11 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 PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD51/12 (Fr.)
Annexe D

| FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION |
|--|
| 1. Point de l'ordre du jour : 4.9 : 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 : <ul style="list-style-type: none">• 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 Porto 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 réparable 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 \$10 000 000 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.