

## 56<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 70<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

---

*Point 8.14 de l'ordre du jour provisoire*

CD56/INF/14  
2 Juillet 2018  
Original : espagnol

#### **PLAN D'ACTON POUR ACCÉLÉRER LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LES CAS GRAVES DE MORBIDITÉ MATERNELLE : RAPPORT FINAL**

##### **Antécédents**

1. En 2011, le 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé le *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle* (document CD51/12), en adoptant la résolution CD51.R12, avec trois objectifs principaux : *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 morbidité et de la mortalité maternelles (1,2). En 2014, et conformément à l'outil de suivi et d'évaluation approuvé en 2011 (3), le 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a pris note du rapport d'avancement (document CD53/INF/6) (4).

##### **Analyse des progrès accomplis**

2. Le présent rapport explique comment les plans nationaux de santé maternelle des États Membres ont été actualisés conformément à la résolution CD51.R12. Il mesure également l'évolution des cinq indicateurs d'impact et des 19 indicateurs de progrès ou de résultat, conformément au plan de suivi approuvé. L'analyse s'est appuyée sur des informations officielles des États Membres. La publication de ces informations a pris un certain retard, de sorte que les données initiales pour définir le niveau de référence ont été recueillies au début de 2012, mais correspondent aux données de 2010. Les données définitives ont été recueillies entre décembre 2016 et octobre 2017 et correspondent aux données de 2015. Deux sources de données ont été utilisées : *a*) la publication de l'OPS *Indicateurs de base* (5,6) pour les indicateurs prenant en compte tous les pays de la Région, *b*) l'outil de suivi et d'évaluation destiné aux 27 pays ayant plus de 7000 naissances par an pour les données de processus. En particulier, ces dernières données présentent des contraintes pour l'analyse en raison de divers problèmes, tels que la faible couverture des déclarations, les incohérences, ou les pays qui n'ont communiqué leurs données qu'au

---

début (2010) ou à la fin (2015), ce qui a empêché l'établissement de rapports sur les tendances dans ces cas-là.

3. Au cours de la période couverte par le plan d'action, 38 % des pays de la Région ont mis à jour leurs plans nationaux de réduction de la mortalité maternelle : en 2013, sept pays l'avaient fait, sept autres l'ont fait en 2015 et quatre d'entre eux au cours des deux dernières années (2016-2017). Malgré l'approbation unanime du plan, les États Membres ne se sont alignés que partiellement sur son contenu, de sorte que le volet sensibilisation devrait être essentiel pour parvenir à une plus grande convergence pour les plans futurs. Cette sensibilisation devrait se concentrer en particulier sur les pays ayant les taux de mortalité maternelle (TMM) les plus élevés, dans la mesure où ce sont ceux qui doivent obtenir de meilleurs résultats et qui présentent le plus de défis.

4. Au cours de la période évaluée (2010-2015), la tendance à la réduction de la mortalité maternelle a pu être maintenue et une réduction de 11,1 % du TMM a été observée dans tous les groupes d'âge. Toutefois, cette réduction s'est produite dans les pays où la situation est la meilleure, les pays où le TMM est le plus élevé n'ayant enregistré qu'une réduction d'à peine un point de pourcentage au-dessus de la réduction moyenne régionale.

5. Le taux de déclaration de certains des indicateurs proposés dans le plan a été faible et certains n'ont pas été mesurés ou déclarés par les pays, en particulier en ce qui concerne les informations désagrégées collectées pour différents sous-groupes de population. Il y a eu une amélioration sur le plan des déclarations par zone géographique (États, provinces, municipalités) ainsi que par lieu de résidence ; cependant, aucune amélioration n'a été enregistrée pour les déclarations par groupe ethnique. Le manque d'informations dans ces domaines cache les inégalités qui existent entre les groupes de population ; ces informations sont nécessaires pour accroître l'efficacité des mesures visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles. La situation est encore plus grave dans les dix pays où le TMM est le plus élevé et où ces informations sont très peu, voire pas disponibles.

6. En raison de la disparité des critères utilisés par les pays pour définir les cas graves de morbidité maternelle, les déclarations des cas graves de morbidité maternelle font apparaître un degré élevé de variabilité dans les données présentées, et il est donc nécessaire de normaliser et d'utiliser des définitions précises au niveau régional. Les dix pays<sup>1</sup> où le TMM est le plus élevé n'ont pas encore progressé à cet égard.

7. Le manque de données institutionnelles au niveau national sur la mise en œuvre d'interventions éprouvées pour la réduction de la mortalité maternelle résultant des causes les plus courantes (hémorragies, hypertension et violence faite aux femmes) peut avoir entravé l'élaboration de processus d'amélioration.

---

<sup>1</sup> Les dix pays où le TMM est le plus élevé sont la Bolivie, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine et le Suriname.

8. Les systèmes d'information et de surveillance de la santé maternelle et périnatale ne se sont pas suffisamment améliorés dans la Région au cours de la période considérée. Le nombre de pays déclarant disposer de systèmes d'information périnataux et sur la morbidité maternelle reste pratiquement inchangé en 2015 et, pour les dix pays où le TMM est le plus élevé, seuls quatre pays sur dix déclarent avoir un système opérationnel. La reddition de comptes en matière de santé maternelle a également fait peu de progrès au cours de la période considérée.

9. Les tableaux ci-après présentent le suivi, l'analyse et l'évaluation des indicateurs d'impact, ainsi que des indicateurs des quatre domaines stratégiques.

Suivi, analyse et évaluation des indicateurs d'impact	
Indicateur d'impact, référence et cible	Niveau de réalisation de l'indicateur
<p><b>a) Taux de mortalité maternelle (TMM) total par cause et par âge.</b> Référence : 63,6 x 100 000 (2010). Cible : réduction de 21 % au cours de la période 2010-2017</p>	<p>Entre l'adoption du plan et aujourd'hui (2015), le TMM a baissé de 11 %, passant de 63,6 pour 100 000 naissances vivantes (2010) à 56,6 pour 100 000 naissances vivantes (2015), d'après les données de 23 des 27 pays ayant communiqué le TMM en 2010 et 2015. L'analyse du TMM dans les 10 pays d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC) ayant la mortalité maternelle la plus élevée a été effectuée dans 8 d'entre eux (Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Suriname), qui ont présenté des données nationales pour l'ensemble de la période. Dans ces pays, la baisse du TMM a été de 12 %, soit moins que prévu dans la mesure où ces pays auraient dû enregistrer une réduction plus importante que la moyenne régionale. Il ressort des décès maternels de causes diverses que l'hypertension et les hémorragies continuent d'être les causes les plus fréquentes, avec une réduction des décès dus à la troisième cause (décès liés à l'avortement) qui sont passés de 9 % en 2010 à 7 % en 2015, tandis que les décès de causes directes représentaient près de 70 % de la totalité des décès ; d'autre part, les décès de causes indirectes représentaient 28 % des décès au cours de l'ensemble de la période. Sur les 20 pays qui ont présenté des rapports, seuls 2 d'entre eux appartiennent au groupe des 10 pays ayant un TMM élevé, ce qui ne permet pas d'effectuer une analyse spécifique.</p> <p>Sur les 10 pays où le TMM est le plus élevé dans la Région, seuls deux disposent de données sur les décès maternels par groupe d'âge.</p>
<p><b>b) Taux de cas graves de morbidité maternelle total, ventilé par causes et par âge</b> Référence : 8 pays déclarent le taux de cas graves de morbidité</p>	<p>L'indicateur du taux de cas graves de morbidité maternelle ventilé par causes et par âge a été élaboré afin de progresser sur le plan de l'identification des cas graves de morbidité maternelle ; ce taux a été déclaré par 11 des 27 pays (41 %), qui ont indiqué avoir des données nationales, ces informations étant ventilées par cause et âge dans 10 des 27 pays (37 %). La variabilité du taux de cas graves de morbidité maternelle était importante, dans la mesure où il y a des variations non</p>

Suivi, analyse et évaluation des indicateurs d'impact	
Indicateur d'impact, référence et cible	Niveau de réalisation de l'indicateur
maternelle au niveau national. Cible : 16 pays déclareront les données sur le taux de cas graves de morbidité maternelle d'ici à 2017	seulement entre les pays, mais aussi d'une année à l'autre pour un même pays (Colombie, Guyana, Haïti et Honduras).  Les chiffres font apparaître de grandes variations liées à différents critères de classification des cas graves de morbidité maternelle. Indépendamment de la faible fiabilité de ces données, les pays se sont attachés à surveiller et communiquer ces données, ce qui a entraîné une augmentation des déclarations de 45 % entre 2010 et 2015. Aucun des 10 pays où le TMM est élevé ne dispose de registres des cas graves de morbidité maternelle.
c) Taux de mortalité maternelle (mortalité maternelle pour 100 000 femmes âgées de 15 à 44 ans). Référence : 4,4 pour 100 000 femmes de 15 à 44 ans Cible : réduction de 10 % d'ici à 2017	Le taux de mortalité maternelle (TMM) des femmes âgées de 15 à 44 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes est passé de 4,4 (2010) à 4,1 (2015) pour 100 000 femmes en âge de procréer (réduction de 7 %), tandis que pour les femmes âgées de 15 à 49 ans, le TMM est passé de 3,9 (2010) à 3,4 en 2015.
d) Nombre de pays ayant un TMM inférieur à 75 x 100 000 naissances vivantes Référence : 16 pays atteignent cet indicateur Cible : 20 pays atteindront cet indicateur d'ici à 2017	Une amélioration de 7,4 % a été enregistrée, le nombre de pays atteignant cet indicateur étant passé de 16 en 2010 à 18 en 2015.
e) Nombre de pays ayant des sous-groupes de population (par origine ethnique, situation géographique ou division infranationale ayant un TMM supérieur à 125 x 100 000 naissances vivantes)	Cet indicateur a été inclus dans le plan d'action dans le but d'analyser les inégalités au sein des pays. Dans le sous-groupe « Départements, provinces ou États », des groupes par département ou par province ayant un TMM supérieur à 125 pour 100 000 naissances vivantes ont été identifiés dans 11 pays en 2015.  L'analyse du sous-groupe « zone rurale et urbaine », malgré un très faible taux de déclaration (5 et 2 pays respectivement), a montré que la mortalité maternelle dans les quelques pays qui ont déclaré cet indicateur était quatre fois plus fréquente dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Cette proportion de décès maternels a presque diminué de moitié en 2015.

Suivi, analyse et évaluation des indicateurs d'impact	
Indicateur d'impact, référence et cible	Niveau de réalisation de l'indicateur
<p>Référence : 15 pays qui ont au moins un sous-groupe dont le TMM est supérieur à 125 x 100 000 naissances vivantes.</p> <p>Cible : 10 pays qui ont au moins un sous-groupe avec ce TMM</p>	<p>Dans la catégorie « groupes ethniques », trois pays ont déclaré des groupes ayant des décès supérieurs à 125 pour 100 000 naissances vivantes dans la population d'ascendance africaine et autochtone, et deux l'ont déclaré dans la population métisse. Aucun des pays pour lesquels on dispose d'informations n'a déclaré de groupes de population blanche/caucasienne dans cet indicateur.</p> <p>Dans les 10 pays où le TMM est le plus élevé, il a été constaté que 80 % d'entre eux identifient les décès maternels par divisions administratives (départements, provinces, etc.) et la moitié de ces pays identifient les décès en fonction de la résidence en milieu rural ou urbain ; seuls 20 % identifient les décès par appartenance ethnique, ce qui a une incidence sur la possibilité de mieux comprendre l'impact des inégalités et de définir des mesures plus spécifiques pour réduire les décès dans ces groupes.</p>

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

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
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	<p>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</p> <p>Référence : 60%</p> <p>Cible : 70%</p>	<p>Le manque d'informations sur cet indicateur, avec les sources disponibles, n'a pas permis de savoir si cet indicateur a été atteint ou non. L'information n'était disponible que pour 4 pays.</p>
	<p>Nombre de pays qui possèdent des données nationales sur les conseils et la prestation de méthodes de contraception post-partum et/ou post-avortement dans les services de santé</p> <p>Référence : 30 % des pays</p> <p>Cible : 90 % des pays</p>	<p>Il s'agit d'un indicateur complexe, qui regroupe 4 indicateurs en un. La référence a donc été recalculée pour chacun d'entre eux. En 2010, les conseils post-partum était de 25,9 % (7 pays sur 27), les conseils post-avortement était de 18, 5% (5 pays sur 27), la prestation de méthodes de contraception était de 37 % post-partum (10 pays sur 27) et de 29,6 % post-avortement (8 pays sur 27). La cible était loin d'être atteinte pour les quatre indicateurs, des améliorations ayant été enregistrées pour trois d'entre eux, tandis que l'un d'entre eux n'a pas évolué.</p>

<b>Domaine stratégique 1 : prévention des grossesses non désirées et des complications qui en découlent</b>		
<b>Objectif</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
	Réduction de 50 % du pourcentage de décès maternels dus à un avortement  Référence : 13 % Cible : 7 %.	Le niveau de référence a dû être corrigé de 13 % à 8,6 %, car seuls 22 pays ont fourni des informations permettant de recalculer la référence mentionnée. En 2015, bien que la proportion de décès dus à un avortement ait diminué pour passer à 6,5 %, la cible fixée n'a pas été atteinte.

<b>Domaine stratégique 2 : accès universel à des services de maternité accessibles et de qualité dans le système coordonné de services de santé.</b>		
<b>Objectif</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
<b>2.</b> Disposer de services de soins maternels de qualité dans les systèmes de soins de santé intégrés	Nombre de pays qui ont 70 % de couverture prénatale avec quatre visites de contrôle ou plus  Référence : 50 % Cible : 90 %	L'évolution des pays par rapport à cet indicateur a montré que 24 pays ont déclaré se situer à plus de 70 % en 2010 et qu'ils étaient 36 en 2015. Cet indicateur a enregistré une nette amélioration, mais n'a atteint que 73 %. On estime que la cible aurait pu être atteinte car on sait que certains des 8 pays qui n'ont pas fourni d'informations ont des niveaux de soins prénatals avec 4 visites ou plus, soit un niveau proche de 90 % ou supérieur à 90 %. Au-delà de cette amélioration de l'indicateur, le plan de suivi n'a pas analysé la qualité des contrôles réalisés.
	Couverture des accouchements dans des établissements de santé  Référence : 89,8 % Cible : 93 %	Le pourcentage de couverture des accouchements dans des établissements de santé a été mesuré selon les données de la publication de l'OPS, <i>Indicateurs de base (5,6)</i> , passant du niveau de référence de 89,8 % en 2010 à 94,8 % en 2015. Il y a une amélioration de l'indicateur des naissances dans des établissements de santé, mais il n'y a pas d'éléments permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>Nombre de pays qui ont un minimum de 60 % de couverture de visites de contrôle postpartum dans les sept jours suivant l'accouchement</p> <p>Référence : 5 pays Cible : 22 pays (80 %)</p>	<p>Aucune information n'était disponible sur cet indicateur, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une information présentée habituellement par les pays.</p>
	<p>Nombre de pays qui utilisent des ocytociques dans 75 % des naissances dans les établissements de santé pendant la troisième période du travail de l'accouchement, une fois que le cordon ombilical a cessé de battre</p> <p>Référence : 2 pays Cible : 24 pays (90 %)</p>	<p>Les informations sur cet indicateur et les suivants, qui contribuent à mesurer la qualité des soins maternels n'ont pas pu être obtenues dans la quasi-totalité des pays. Cela est particulièrement pertinent dans la mesure où ces indicateurs sont directement liés aux décès maternels qui surviennent au cours de la période post-partum, ou qui sont dus à des causes telles que l'hypertension et les hémorragies, ou la violence faite aux femmes (une problématique qui a acquis une grande pertinence en Amérique latine), qui pour certaines figurent parmi les principales causes de mortalité maternelle.</p>
	<p>Nombre de pays qui utilisent du sulfate de magnésium en plus d'interrompre la grossesse dans 95 % des cas de prééclampsie grave/éclampsie traités dans les établissements de santé</p> <p>Référence : 1 pays Cible : 24 pays (90 %)</p>	
	<p>Nombre de pays qui disposent de sang sûr dans 95 % des établissements qui pratiquent des soins d'urgence pendant les accouchements</p> <p>Référence : 5 pays Cible : 27 pays (100 %)</p>	

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>Nombre de pays qui surveillent la violence familiale pendant la grossesse dans 95 % des accouchements ayant lieu dans des établissements de santé</p> <p>Référence : 0 Cible : 22 pays (80 %)</p>	
	<p>Nombre de pays avec un taux de césariennes supérieur à 20 % qui le réduisent d'au moins 20 % d'ici à 2017</p> <p>Référence : 17 pays Cible : 100 %</p>	<p>Un taux de césarienne stable ou en légère augmentation a été observé au cours de la mise en œuvre du plan. Cet indicateur a été déclaré par 17 pays en 2010, année où 14 pays avaient un taux de césariennes supérieur à 20 %. En 2015, 18 pays ont déclaré leur taux de césariennes et une détérioration a été observée puisque 3 autres pays (17 au total) avaient dépassé le taux de 20 % de césariennes.</p> <p>Ce n'est qu'en 2015, et par rapport à 2014, qu'un pays a enregistré une baisse de plus de 20 % (32 %), qui n'a pas été maintenue.</p>
	<p>Nombre de pays où la mortalité maternelle est due au travail avec obstruction</p> <p>Référence : 15 Cible : 0</p>	<p>Trois pays ont enregistré des décès dus à l'obstruction du travail en 2010, et sept en 2015, soit une évolution défavorable, la cible étant d'éliminer les décès dus à cette cause.</p>

<b>Domaine stratégique 3 : ressources humaines qualifiées</b>		
<b>Objectif</b>	<b>Indicateur, référence et cible</b>	<b>Situation</b>
<b>3.</b> Accroître les ressources humaines qualifiées pour la prise en charge antérieure à la conception, les soins prénatals, durant l'accouchement et pendant la période post-partum dans les établissements de santé	<p>Nombre de pays qui ont une couverture de 80 % de la prise en charge de l'accouchement par du personnel qualifié, conformément à la définition de l'OMS</p> <p>Référence : 43 Cible : 48</p>	<p>Cet indicateur, qui en 2010 comptait 43 pays dans son niveau de référence, est passé à 44 pays en 2015. Seul Aruba n'a pas présenté de données pour cet indicateur et lorsqu'il l'a fait les années précédentes, il était toujours proche de 100 %. Par conséquent, cet indicateur n'a pas été atteint et les progrès ont été limités.</p>
	<p>Nombre de pays qui ont des taux de couverture de prise en charge par du personnel qualifié, capable de prendre soin de la mère comme du nouveau-né pendant la période post-partum, égal ou supérieur à 80 %, conformément à la définition de l'OMS.</p> <p>Référence : 23 Cible : 48</p>	<p>La mesure de cet indicateur n'a pas été cohérente, car la plupart des pays n'ont pas recueilli systématiquement ces informations. Le niveau de référence a été ajusté de 23 à 10 pays et, en 2015, bien que le nombre de pays ayant soumis des informations ait augmenté, la situation s'est détériorée, avec une diminution de 10 à 9 des pays atteignant cet indicateur. Cette situation est particulièrement grave sachant qu'un pourcentage élevé de décès maternels survient au cours de la période postnatale.</p>
	<p>Pourcentage des établissements de soins obstétricaux d'urgence (de base et étendus) qui réalisent des audits sur tous les décès maternels</p> <p>Référence : 22,5 % Cible : 90 %</p>	<p>La réponse des pays pour mesurer cet indicateur a été très faible et peu fiable. Pour l'ensemble des pays, en 2010, 1576 établissements (12 pays au total) ont procédé à un audit des décès maternels sur un total de 7020 établissements de soins obstétricaux d'urgence (22,5 %). En 2015, des informations ont été reçues de 1606 établissements (11 pays) qui ont effectué des audits des décès maternels dans un total de 6692 établissements (24 %), de sorte qu'il n'y a pratiquement pas eu d'amélioration. Malgré les difficultés à obtenir des données de qualité, comme cela a déjà été mentionné, l'indicateur a enregistré une amélioration marginale, presque négligeable en termes statistiques.</p>

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>Nombre de pays qui présentent annuellement des rapports publics sur la santé maternelle qui intègrent des statistiques sur la mortalité maternelle et le TMM au niveau national</p> <p>Référence : 60 % Cible : 100 %</p>	<p>Cet indicateur est resté constant. En 2010, sur les 27 pays consultés, seuls 18 ont fourni des informations et 16 ont déclaré avoir soumis des rapports annuels publics sur la mortalité maternelle et, en 2015, 21 pays ont fourni les informations demandées mais ce sont les 16 mêmes pays qui continuaient de respecter l'indicateur.</p>

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

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<p><b>4. Renforcer les systèmes d'information et de surveillance de la santé maternelle et périnatale et les statistiques de l'état civil dans le cadre des systèmes d'information et de statistiques de l'état civil</b></p>	<p>Nombre de pays où le système de santé dispose d'un système d'information périnatal opérationnel</p> <p>Référence : 16 Cible : 27</p>	<p>Le niveau de référence a dû être ajusté et, de 16 pays, il a été ramené à 12 pays sur la base des informations disponibles. En 2015, des rapports ont été reçus de 24 pays, dont 14 seulement atteignaient l'indicateur. L'amélioration de l'indicateur a été très limitée, dépassant à peine la moitié de la cible fixée. Sur les 14 pays disposant d'un système d'information périnatal opérationnel, seuls 4 faisaient partie du groupe des 10 pays ayant un TMM élevé.</p>
	<p>Nombre de pays où le système de santé tient un registre des cas graves de morbidité maternelle</p> <p>Référence : 2 pays déclarent ces données Cible : 80 %</p>	<p>Pour ce qui est des pays ayant présenté un registre des cas graves de morbidité maternelle (qu'ils soient qualifiés de graves ou d'extrêmement graves), sur un total de 23 pays en 2015, seuls trois pays ont déclaré en avoir un. Cela n'est pas cohérent avec le rapport sur les cas graves de morbidité maternelle qui a été préparé par 10 pays (3 pays ont confirmé avoir un système de registre des cas graves de morbidité maternelle, mais 10 ont déclaré des données en 2015).</p>
	<p>Nombre de pays où la couverture des décès maternels dans les systèmes de registres de l'état civil est supérieure ou égale à 90 %</p> <p>Référence : n'a pas été définie Cible : 100 %</p>	<p>Il n'y a pas eu d'informations disponibles pour évaluer les progrès.</p>

## Mesures à prendre pour améliorer la situation

10. Compte tenu des résultats obtenus et des défis qui persistent, il est essentiel que les États Membres et le Bureau sanitaire panaméricain maintiennent leur engagement et leurs efforts afin de préserver et d'approfondir les résultats obtenus et de progresser sur les points qui n'ont pas été menés à bien.

11. En raison des inégalités existant dans la Région et des besoins différents en matière de soins dans les groupes les plus vulnérables, il est nécessaire que les États Membres intègrent dans leurs systèmes de surveillance et de suivi ainsi que dans leurs analyses épidémiologiques des indicateurs mesurés en fonction de différentes variables épidémiologiques telles que l'âge, l'origine ethnique, le lieu de résidence, les revenus, etc. Il sera ainsi plus facile de cibler les actions visant à combler les écarts existants, en particulier dans les dix pays où le TMM est le plus élevé, grâce à l'élaboration d'interventions ciblant les femmes (avant la conception, pendant l'accouchement et pendant la période post-partum) afin de réduire les cas graves de morbidité maternelle et la mortalité maternelle. Par exemple, l'OPS a mené des processus qui ont contribué à réduire la mortalité maternelle, comme : *a)* le projet « Zéro décès maternel par hémorragie », qui vise les régions des pays où le taux de mortalité maternelle à la suite d'une hémorragie post-partum est élevé ; *b)* les processus de recherche spécifique des décès maternels qui a contribué à réduire la sous-déclaration des décès maternels ; *c)* la mise en œuvre de la surveillance et de la réponse à la mortalité maternelle dans les pays où les décès maternels se répètent encore pour les mêmes causes ; et *d)* le renforcement de l'utilisation de méthodes contraceptives sur le long terme, en particulier pour les populations d'adolescentes dans des conditions de plus grande vulnérabilité.

12. L'assurance et la mesure de la qualité sont des éléments nécessaires à prendre en compte dans la conception et la mise en œuvre des interventions futures.

13. Compte tenu des données recueillies par les États Membres pour l'ensemble de la période, il est recommandé d'établir des indicateurs de suivi à partir de sources déjà établies au niveau national afin d'améliorer l'information recueillie sur une base régulière et d'élargir l'analyse du processus de soins de santé des femmes. Le suivi des déterminants sociaux, par exemple, permettrait d'établir des mesures plus efficaces pour les populations les plus vulnérables.

14. Les résultats de ce rapport, ainsi que les diverses initiatives et stratégies régionales et mondiales qui soulignent la nécessité d'axer les activités sur la santé des femmes, comme la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*, les objectifs de développement durable et le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, doivent être harmonisés avec les futurs plans régionaux qui traiteront de la santé des femmes, y compris le Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030 (7-9).

## Mesure à prendre par le Conseil directeur

15. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport final et de formuler les commentaires qu'il jugera appropriés.

## Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et des cas graves de morbidité maternelle [Internet]. 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 63<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2011 (résolution CD51.R12) [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51.R12-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et des cas graves de morbidité maternelle [Internet]. 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 63<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2011 (document CD51/12) [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-12-f.pdf>
3. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan of Action to Accelerate the Reduction of Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity: Monitoring and Evaluation Strategy [Internet]. Montevideo; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica 1593) [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible en espagnol sur : [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=174:monitoring-and-evaluation-strategy-of-the-plan-to-reduction-the-severe-maternal-morbidity-and-mortal&Itemid=234&lang=en](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=174:monitoring-and-evaluation-strategy-of-the-plan-to-reduction-the-severe-maternal-morbidity-and-mortal&Itemid=234&lang=en)
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et des cas graves de morbidité maternelle 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 66<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/INF/6) [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-INF-6-f.pdf>
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Indicadores Básicos. Basic Indicators. Health Situation in the Americas. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2013 [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible sur : [https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=list&slug=related-documents-38&Itemid=231&layout=default&lang=en](https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com_docman&view=list&slug=related-documents-38&Itemid=231&layout=default&lang=en)

6. Organisation panaméricaine de la Santé. Basic Indicators. Health Situation in the Americas. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34329>
7. Chaque femme, chaque enfant. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Survivre, s'épanouir, transformer. [Internet] S.l., 2015 [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible sur : [http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/11/EWEC\\_GS\\_BROCHURE\\_FR\\_WEB-1.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/11/EWEC_GS_BROCHURE_FR_WEB-1.pdf)
8. Organisations des Nations Unies. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. New York : Nations Unies ; 2016 [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <https://sustainabledevelopment.un.org>
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien être dans la Région [Internet]. 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 69<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 (document CSP29/6, Rev. 3) [consulté le 11 janvier 2018]. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34460/CSP29-6-f.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

---